
Nancy-Université
Université
Henri Poincaré

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

# *La rééducation périnéale du post-partum :*

# *observance de la prescription*

Mémoire présenté et soutenu par

Claire Vivenot

Promotion 2006 - 2010

# REMERCIEMENTS

Directrice de mémoire : Mme Nadjafizadeh, sage-femme cadre enseignante

Expert : Mme Perrin, sage-femme dans le secteur d'urodynamique à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy

# SOMMAIRE

**Remerciements………………………………………………………….. 2**

**Sommaire………………………………………………………………... 3**

**Préface………………………………………………………………….. 4**

**Introduction…………………………………………………………….. 5**

**Partie 1 : L'anatomie du périnée et la rééducation périnéale ................ 7**

**Partie 2 : Description de l'étude et résultats …………………………… 29**

**Partie 3 : Analyse des résultats ………………………………………….. 46**

**Conclusion………………………………………………………………… 57**

**Table des matières…………………………………………………………58**

**Bibliographie ………………………………………………………………62**

**Annexes……………………………………………………………………….64**

# PREFACE

J'ai vraiment découvert la rééducation périnéale lors de mon stage dans un centre périnatal de proximité à Commercy en fin de deuxième année à l'école de sages-femmes. Avant ce stage, j'avais entendu parler de la rééducation en secteur mère-enfant et lors de quelques consultations post-natales. Mais pour moi cette notion restait vague. Ce stage m'a permis de comprendre l'utilité de la rééducation et de voir comment se déroulait une séance. J'ai alors découvert qu'il y avait plusieurs méthodes pour rééduquer son périnée.

Puis en troisième année, nous avons eu un enseignement théorique sur la rééducation et le bilan urodynamique. J'ai alors voulu en savoir plus sur ces sujets, d'autant que seules les sages-femmes sont habilitées avec les kinésithérapeutes à pratiquer la rééducation périnéale.

Le problème d'incontinence urinaire peut arriver à toutes les femmes et il est intéressant de savoir quoi faire à ce moment-là et pour une future sage-femme de connaître la prise en charge et savoir conseiller les patientes sur ce sujet.

J'ai décidé de m'intéresser plus particulièrement à la rééducation périnéale du post-partum car dans les services de maternité, les patientes ont parfois demandé mon avis, pour savoir s'il était nécessaire pour elles de faire cette rééducation, surtout si elles n'avaient pas de troubles. Même si pour moi, cette rééducation est importante, dans tous les cas, je n'avais pas toujours les moyens de justifier mes réponses. Et je me demandais combien de femmes en réalité suivaient des séances de rééducation après  leur accouchement

Le but de ce mémoire est d'avoir des notions sur la rééducation périnéale, sur son utilité et de pouvoir répondre aux questions des patientes à ce sujet.

# *Introduction*

Le périnée féminin est très sollicité pendant la grossesse et l'accouchement, ces deux événements peuvent engendrer des problèmes d'incontinence urinaire, anale, au gaz, ou des problèmes de dyspareunies. Ces troubles restent pour les patientes des sujets difficiles à aborder que ce soit après un accouchement ou plus tardivement dans leur vie.
En 2004, le parlement français a posé parmi ses objectifs de santé publique : « Réduire la fréquence et les conséquences de l'incontinence urinaire chez la femme »

La rééducation périnéale a été introduite en France en 1980 par Alain Bourcier, physiothérapeute et spécialiste en rééducation pelvipérinéale. Elle fait partie des compétences des sages-femmes (voir annexes) qui sont les seules avec les kinésithérapeutes à la pratiquer.

Les recommandations pour la pratique clinique de décembre 2002 de la Haute Autorité de Santé, basées sur des accords professionnels, préconise la prescription de rééducation dans le post-partum si cela est nécessaire lors de la consultation postnatale, donc pas en systématique. Mais cette recommandation ne fait pas l'objet d'un consensus professionnel et dans de nombreuses Maternités cette prescription est faite systématiquement.

Quelle est l'observance de la prescription de rééducation périnéale dans le post-partum et quelles sont les raisons de sa non-observance ?
Une hypothèse concernant les raisons de non-observance serait le manque d'informations reçues par les patientes sur le périnée, la rééducation périnéale et son utilité.

Dans une première partie, nous aborderons les notions générales sur l'anatomie du périnée, l'incontinence urinaire, anale et leurs facteurs de risques, et enfin sur la rééducation périnéale.

La deuxième partie de ce mémoire présentera les résultats de l’enquête réalisée auprès des patientes, pour savoir si elles ont suivi des séances de rééducation périnéale, quels étaient leurs facteurs de risque, ce qu’elles ont pensé de cette rééducation, et pourquoi certaines d’entre elles n’ont pas suivi de séances.

Enfin, dans une dernière partie, nous analyserons ces résultats et proposerons des pistes d’améliorations.

# *Partie 1*

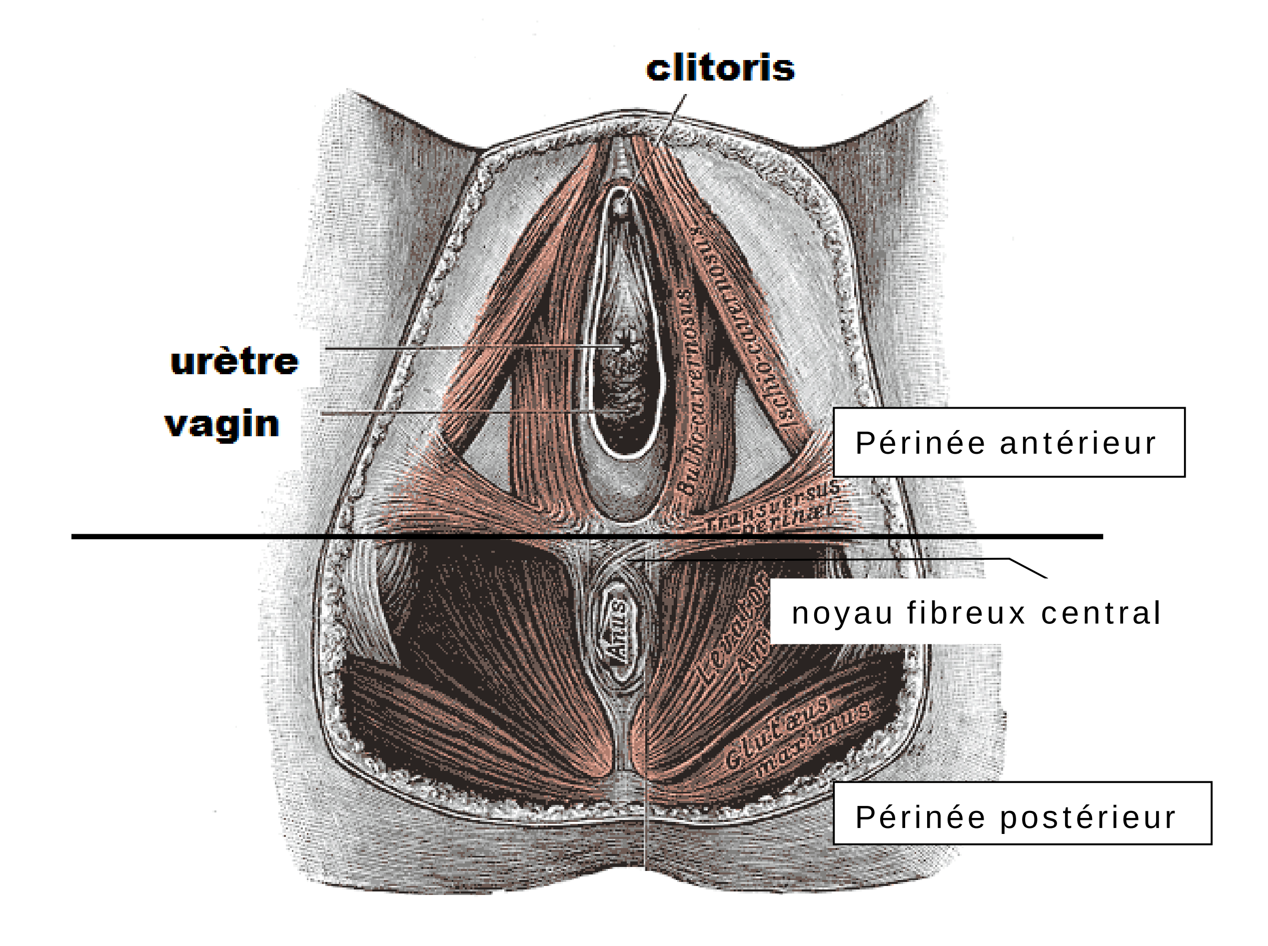
# *L'anatomie du périnée et la rééducation périnéale*

# 1. Anatomie du périnée

## 1.1. Anatomie générale

Le périnée est un fond musculaire soutenant les organes du petit bassin : la vessie, l'utérus et le rectum. Il ferme la partie inférieure du bassin.

Le contour des insertions du périnée a globalement la forme d'un losange délimité en avant par le pubis, en arrière par le coccyx et sur les côtés par les ischions. La ligne transversale entre les deux ischions qui est un plan musculo-fibreux délimite : le périnée antérieur ou région uro-génital et le périnée postérieur ou région anale. Ce plan musculo-fibreux est une zone où de nombreux muscles viennent s'insérer constituant alors le noyau fibreux central du périnée qui est une zone très résistante.



Le périnée est divisé en trois plans musculaires :

- le périnée superficiel comprenant cinq muscles : le sphincter externe de l'anus, le muscle transverse superficiel, le muscle ischio-caverneux, le muscle bulbo-caverneux, le muscle constricteur de la vulve
- le périnée moyen constitué du muscle transverse profond et du sphincter externe de l'urètre
- le périnée profond constitué des muscles élévateurs de l'anus.

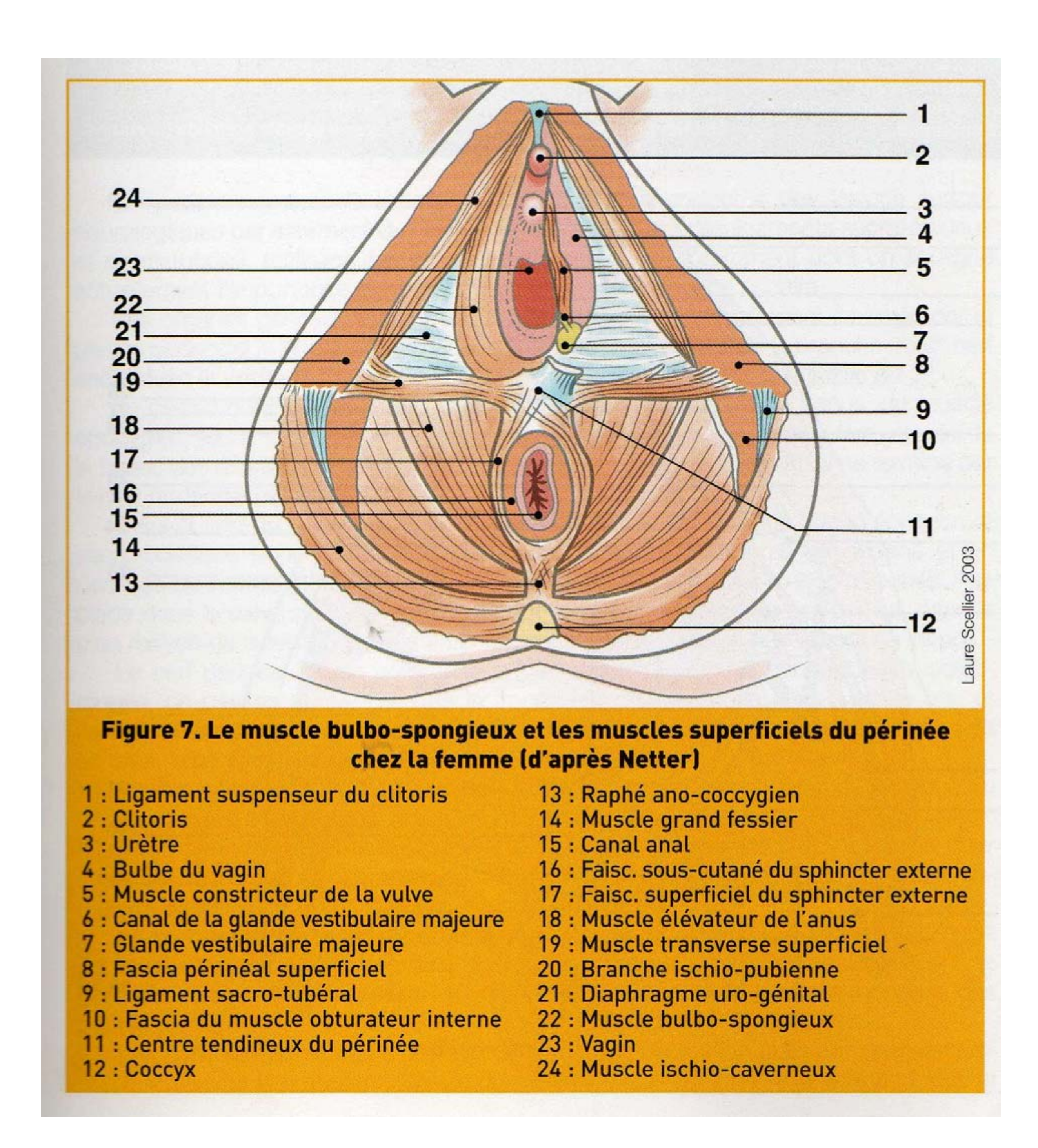



**Figure 7. Le muscle bulbo-spongieux et les muscles superficiels du périnée chez la femme (d'après Netter)**

1 : Ligament suspenseur du clitoris
2 : Clitoris
3 : Urètre
4 : Bulbe du vagin
5 : Muscle constricteur de la vulve
6 : Canal de la glande vestibulaire majeure
7 : Glande vestibulaire majeure
8 : Fascia périnéal superficiel
9 : Ligament sacro-tubéral
10 : Fascia du muscle obturateur interne
11 : Centre tendineux du périnée
12 : Coccyx
13 : Raphé ano-coccygien
14 : Muscle grand fessier
15 : Canal anal
16 : Faisc. sous-cutané du sphincter externe
17 : Faisc. superficiel du sphincter externe
18 : Muscle élévateur de l'anus
19 : Muscle transverse superficiel
20 : Branche ischio-pubienne
21 : Diaphragme uro-génital
22 : Muscle bulbo-spongieux
23 : Vagin
24 : Muscle ischio-caverneux

Le muscle élévateur de l'anus constitue en majorité le soutien efficace du plancher pelvien. Il comprend deux parties :

- le muscle ilio-coccygien qui soutient les organes pelviens et ferme l'orifice inférieur du pelvis, ce muscle crée un plan horizontal sur lequel reposent les 2/3 supérieur du vagin et le col utérin. Ce muscle a une fonction essentiellement statique.
- le muscle pubo-coccygien qui réalise une sangle autour du rectum, du vagin et de l'urètre. Les différentes parties de ce muscle jouent un rôle très important dans la statique pelvienne. En effet la contraction de ce muscles au niveau du vagin et du sphincter anal externe entraîne un déplacement de ces viscères vers la symphyse pubienne ce qui génère une occlusion de l'urètre et un soutien dynamique de celui-ci.

Ces muscles sont donc d'une importance fondamentale dans la continence urinaire. Ils sont le moteur de l'occlusion pelvienne.

En avant du périnée, l'insertion des releveurs droit et gauche forme une échancrure sans muscle appelée fente uro-génitale dans laquelle se situent la vessie, l'urètre, le vagin, l'utérus. Cette échancrure est un lieu de faiblesse pour le soutien des organes.

La suspension du périnée dépend des ligaments comme le ligament pubo-vésical, le ligament utéro vésical, le ligament utéro sacré, le ligament vésical et le ligament rectal notamment. La cohésion du périnée est permise par le fascia endopelvien qui est un tissu conjonctif, en rapport avec les releveurs de l'anus et les parois antérolatérales du vagin, et qui permet le soutien de la vessie, de l'urètre, de l'utérus et du vagin. L'arcade tendineuse du fascia pelvien, la paroi vaginale antérieure ainsi que le muscle élévateur de l'anus forment une couche qui permet le soutien de l'urètre et du col vésical. Cette combinaison de muscles et de tissus conjonctifs permet à l'urètre de résister à la force descendante générée par l'élévation de la pression abdominale, notamment lors de la toux.

Les organes génitaux externes et le périnée sont essentiellement innervés par le plexus pudendal qui donne différentes collatérales et se termine par le nerf pudendal. La collatérale la plus volumineuse est le nerf périnéal qui se divise en deux branches : superficielle et profonde.

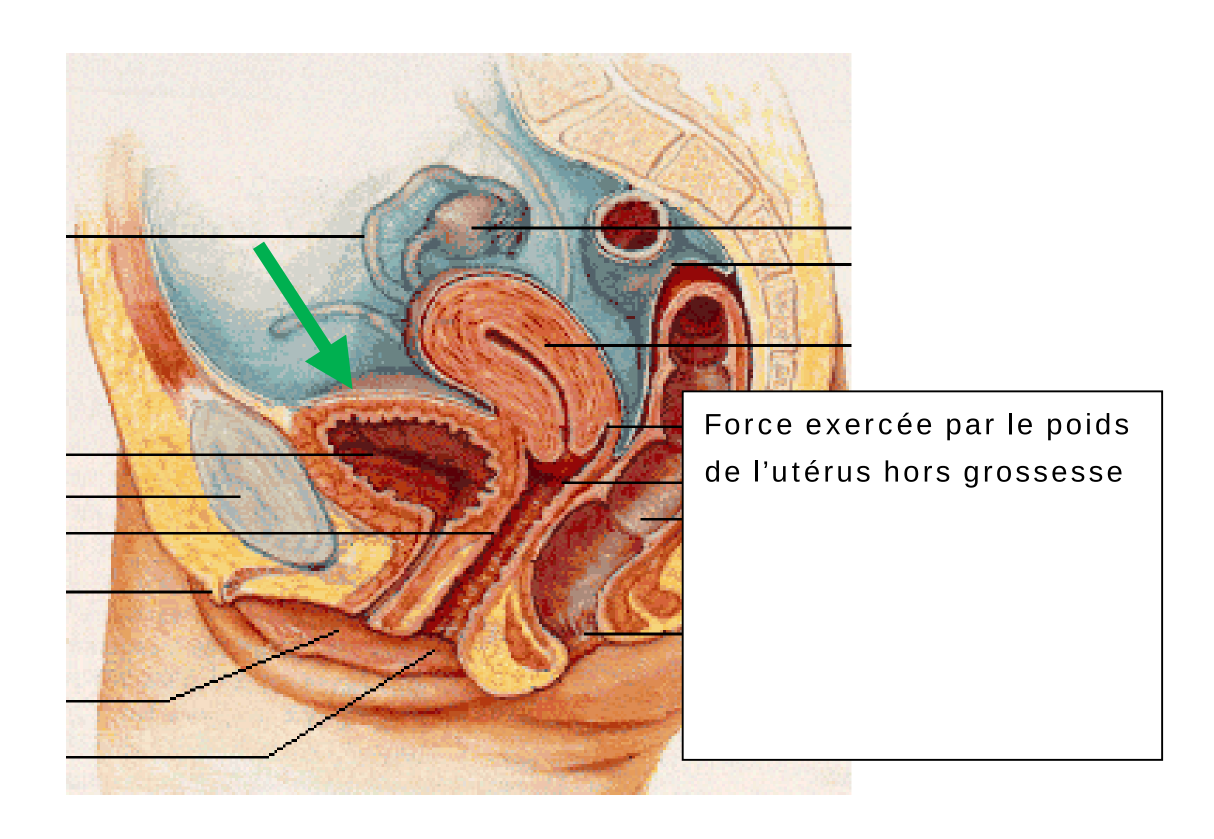
## 1.2. Anatomie du périnée pendant la grossesse

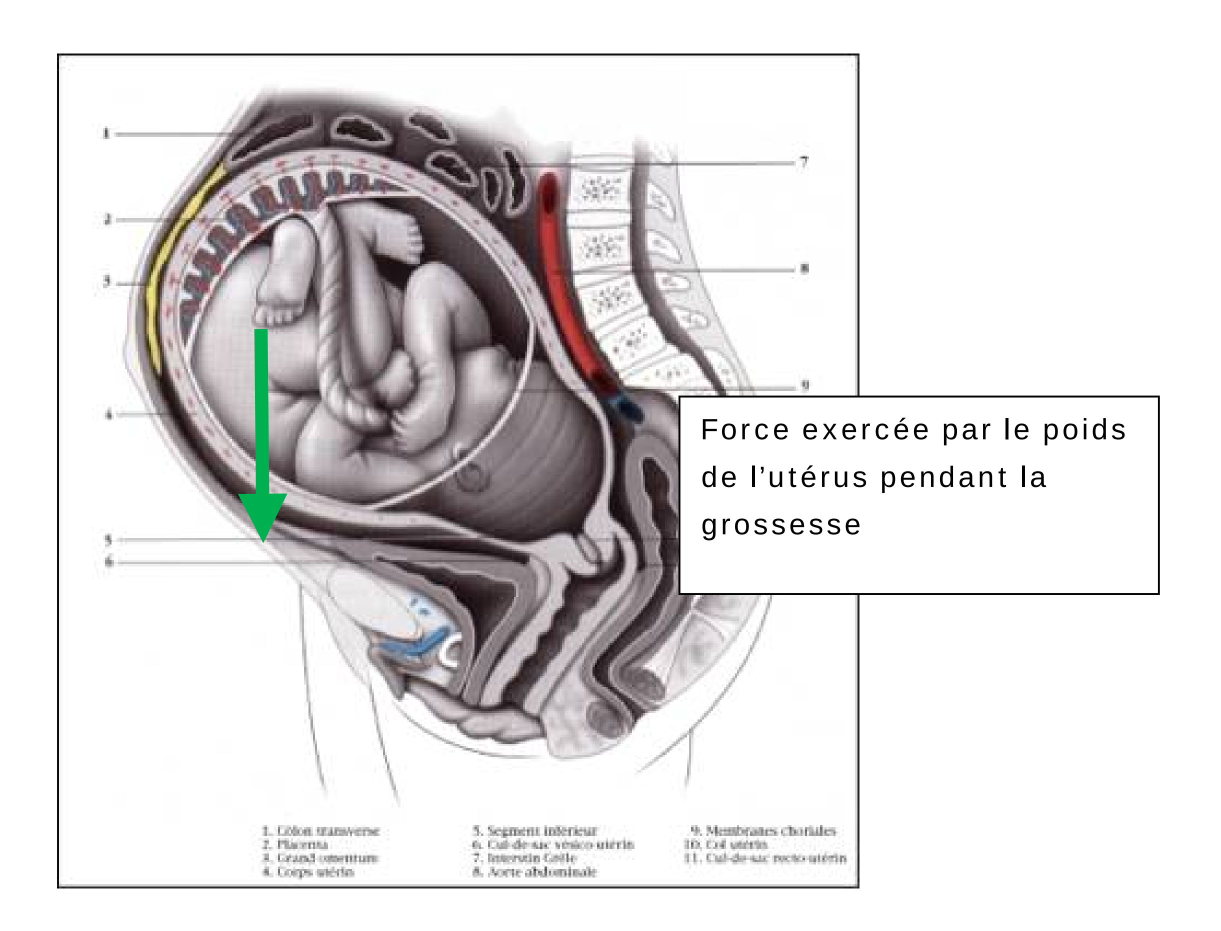
La grossesse et l'accouchement entraînent d'importants remaniements physiologiques du périnée. Ceux-ci sont le plus souvent sans conséquence pathologique et réversible après l'accouchement mais il peut arriver qu'ils provoquent des modifications pathologiques.

Deux phénomènes liés à la grossesse peuvent agir sur l'anatomie et la fonction du tractus génital :

- Phénomènes mécanique suite au développement de l'utérus :

L'utérus avec l'avancement de la grossesse se déplace vers l'avant et augmente de volume. De ce fait en position debout le poids de l'utérus s'exerce vers la fente vulvaire et non plus vers la région ano-coccygienne comme c'est le cas hors de la grossesse. A l'effort le col ne s'oriente plus vers l'arrière, il s'appuie vers l'avant. Si le centre tendineux du périnée et les muscles élévateurs de l'anus sont toniques ils exercent un soutien sur le col. Dans le cas contraire ils constituent une zone de faiblesse et, peuvent laisser apparaître le col et laisser la fente vulvaire béante.






- Phénomène hormonal, avec une inhibition du système fibro-ligamentaires et ostéo-ligamentaires permettant son élongation et sa distension.

Au niveau de l'urètre et de la vessie, des modifications physiologiques ont lieu pour favoriser la continence. Ainsi la longueur urétrale fonctionnelle est augmentée, la pression urétrale maximale et la pression vésicale sont également augmentées. Lors de la grossesse la vessie prend une position plus abdominale que pelvienne.

## 2. Conséquences de l'accouchement sur la statique pelvienne

La disposition du plancher pelvien explique que la conséquence d'un accouchement soit un traumatisme musculaire. C'est surtout lors de la deuxième phase du travail, lorsque la présentation fœtale descend dans l'excavation pelvienne et lors de l'expulsion que le périnée est distendu.

Le muscle pubo-coccygien joue un rôle dans la flexion et la rotation de la présentation dans l'excavation pelvienne. Puis à la poussée d'expulsion, il se relâche permettant ainsi l'ouverture de la fente urogénitale et la descente de la tête dans l'excavation pelvienne, il peut alors subir une élongation.

Il existe anatomiquement un point de faiblesse antérieure en avant du noyau fibreux et un point de faiblesse postérieure en arrière de celui-ci. Le périnée postérieur est le premier à se distendre pendant la descente de la présentation, puis lors du dégagement, la présentation se défléchit et distend le périnée antérieur.

La distension du faisceau sphinctérien s'accompagne d'une contraction du muscle pubo-rectal lors de la poussée : il élève alors le noyau fibreux central, attire le canal anal vers le haut et dilate l'anus. Ces distensions ont des limites dépendantes de la rapidité de l'expulsion et de la variété de dégagement (les variétés antérieures étant mieux tolérées que les variétés postérieures).

La présentation, à chaque contraction repousse la cloison recto-vaginale et aplatit le rectum contre le raphé ano-coccygien et le coccyx. En s'engageant dans l'orifice vulvaire, la tête va comprimer le noyau fibreux entrainant un agrandissement de la distance ano-vulvaire qui va alors tripler voir quadrupler.

L'anus par la disposition des fibres musculaires se dilate de façon circulaire, la traction étant répartie sur tout le pourtour du sphincter lorsque les faisceaux élévateurs sont mis en tension et se contractent.

Au niveau de la vessie, lors de l'engagement, la présentation applique l'urètre contre la symphyse pubienne et refoule le col vésical vers le haut et l'avant, ce qui est susceptibles d'étirer les ligaments pubo-vésicaux qui maintiennent la vessie en avant. L'accouchement peut léser les mécanismes de transmission sphinctérienne au niveau de la partie distale de l'urètre par compression ou étirement des muscles voisins.

De nombreuses lésions périnéales correspondent à des lésions neurologiques par étirement du nerf pudendal, réalisant des neuropathies périnéales d'étirement qui ont une grande importance dans la genèse d'une incontinence urinaire. Ces lésions neurologiques peuvent récupérer spontanément ou être la cause d'incontinence. La gravité de la neuropathie augmente proportionnellement avec le nombre d'accouchements par voie vaginale.

Dans un accouchement « apparemment » physiologique, on peut assister à : une distension des éléments périnéaux avec sûrement des microlésions, un affaiblissement du pouvoir contractile des releveurs, une élongation des éléments fibro-ligamentaires.

Le passage de la tête fœtale ou de la présentation podalique entraine des modifications tissulaire et musculaire même lorsque les téguments sont intacts. Ces lésions même minimes, pas toujours visibles, peuvent être responsables de modification de la statique pelvienne mais également toucher les facteurs extrinsèques du mécanisme urétro-sphinctérien.

L'accouchement peut avoir pour conséquence des déchirures périnéales qui peuvent toucher en premier la muqueuse vaginale, puis le noyau fibreux central du périnée, puis le sphincter anal externe et enfin le sphincter anal interne et la muqueuse ano-rectale. Ces déchirures doivent être bien identifiées après l'accouchement. Les déchirures sont classées en quatre degrés différents :

- Déchirure du premier degré : superficielle, affecte la muqueuse vaginale et la peau périnéale
- Déchirure du deuxième degré : s'étend au noyau fibreux central du périnée
- Déchirure du troisième degré : déchirure complète du sphincter externe de l'anus
- Déchirure du quatrième degré : associe aux lésions précédentes une plaie ano-rectale par déchirure de la cloison recto-vaginale.

Une bonne identification du type de déchirure présentée permet d'effectuer une bonne réparation des différents plans du périnée.

# 3. L’incontinence urinaire et anale

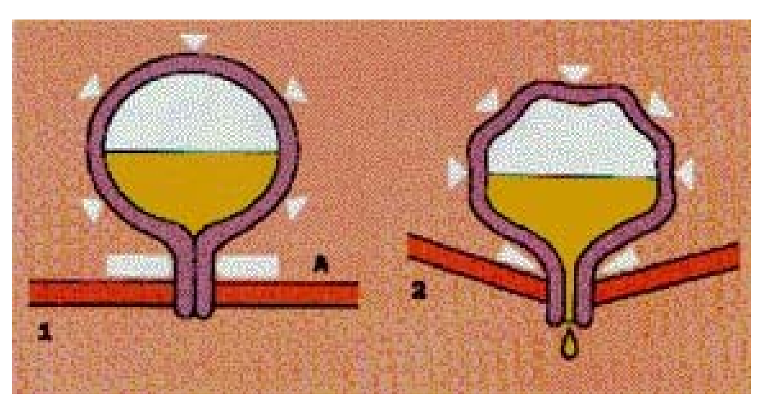
Une miction normale est une évacuation périodique complète et volontaire des urines hors de la vessie.

L’incontinence urinaire se définit comme une perte d’urine survenant sans que l’on puisse la retenir volontairement.

Lors de la grossesse, la plupart des symptômes urinaires bas sont la conséquence des modifications physiologiques. Ces symptômes peuvent disparaître ou persister suite à des altérations du travail et/ou de l’accouchement.

## 3.1 L’incontinence urinaire d’effort

Il s’agit d’une fuite urinaire en jet qui a lieu lors d’efforts comme la toux, le port d’une charge, le rire, ou toutes autres actions qui provoquent une hyperpression abdominale. Cette hyperpression provoque une augmentation de la pression vésicale et normalement de la pression intra -urétrale. L’incontinence urinaire d’effort apparaît lorsque la pression intra- urétrale n’augmente pas, la pression vésicale est alors supérieure ce qui entraîne la fuite urinaire. Il y a un manque de tonicité du sphincter.




Ainsi sur le schéma 1 : le plancher pelvien et le système sphinctériens sont en état normal, lors d’une hyperpression abdominale, il n’y a pas de fuite d’urine. Il y a une forte opposition pelvienne et les forces s’exercent latéralement sur l’urètre. Sur le schéma 2 : il ya une déficience du plancher pelvien, les pressions latérales sont moins fortes car il ya un affaissement de la vessie, il y a donc des fuites urinaire à l’hyperpression abdominale.

### 3.2. L’incontinence urinaire par impériosité mictionnelle

Il s’agit d’une fuite urinaire suite à un besoin urgent et irrépressible d’uriner. La miction ne peut être différée, la personne n’a pas le temps d’arriver aux toilettes. Elle est causée par une hyperactivité motrice du détrusor (muscle de la vessie) qui provoque une contraction de la vessie.

### 3.3. Le prolapsus

Le prolapsus génital (aussi appelé descente d’organe) est la conséquence de la détérioration des structures musculaires et ligamentaires qui permettent le soutien et la suspension des viscères pelviens. Il peut concerner un ou plusieurs organes du petit bassin : la vessie, l’utérus, le rectum, l’urètre, le vagin. Le principal symptôme du prolapsus est une pesanteur pelvienne. On décrit trois degrés de prolapsus :

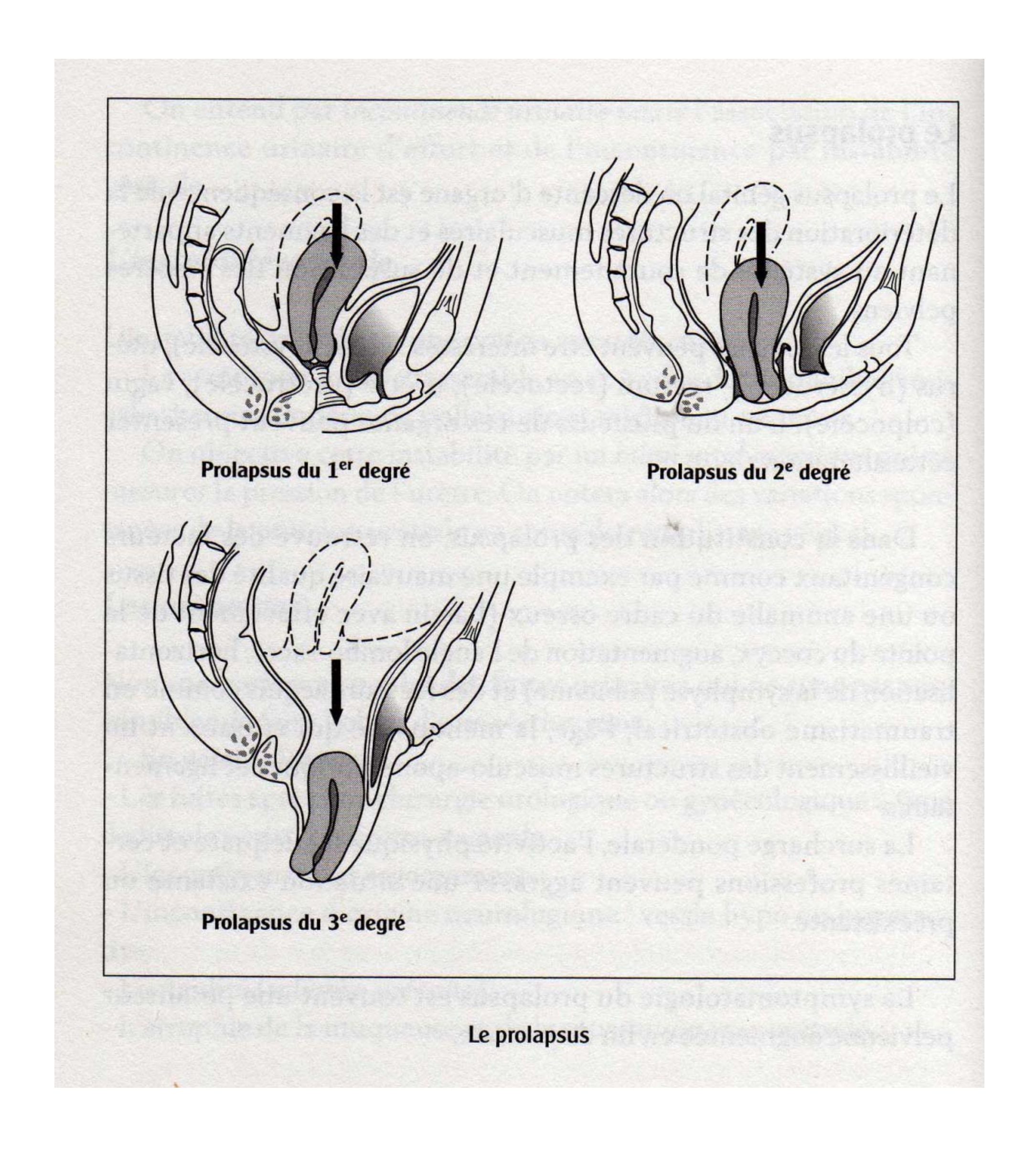
1$^{er}$ degré : prolapsus à l’intérieur du vagin

2$^{ème}$ degré : prolapsus qui effleure la vulve

3$^{ème}$ degré : prolapsus extériorisé

La constitution d’un prolapsus dépend de facteurs congénitaux (mauvaise qualité des tissus) et de facteurs acquis (traumatisme obstétrical).

L’atteinte neurologique périnéale est directement en cause dans le développement d’un prolapsus



Le prolapsus

## 3.4. Pollakiurie

La pollakiurie se définit par une fréquence excessive des mictions, liée à une sensation de plénitude vésicale qui n'est pas due à une vessie pleine mais à une vessie présentant une irritation. Le nombre normal de mictions est habituellement de 0 à 1 pendant la nuit et de 4 à 5 environ dans la journée. Lors de la grossesse, la capacité et la compliance de la vessie sont augmentées, la contractilité est diminuée ce qui devrait améliorer le stockage. Pourtant la perception du poids de l'utérus peut induire une pollakiurie psychogène.

### 3.5. L’incontinence anale

L’incontinence anale après accouchement est probablement multifactorielle et les lésions sphinctériennes n’interviennent que dans 50% des cas.

Des travaux ont montré que même en l’absence de dégât périnéal visible, 13 à 18 % des mères présentent une incontinence anale dans le post-partum précoce (réf. 1, 2). Les symptômes sont en général peu sévères (incontinence au gaz ou besoins fréquents) mais retentissent sur la qualité de vie. Dans un tiers des cas ils s’améliorent spontanément dans les 6 mois.

Lorsque l’accouchement se complique d’une déchirure périnéale de 3ème ou 4ème degré, l’atteinte du sphincter anal est évidente et malgré sa réparation immédiate celui-ci ne récupère pas toujours une fonction normale.

## 4. Les facteurs de risque de l’incontinence urinaire et anale

### 4.1. La parité

Le risque de déchirure périnéale est plus important lors du premier accouchement par voie basse. En effet, l’ensemble des éléments du périnée n’a jamais eu à subir une distension aussi importante auparavant. Les muscles ne se sont jamais étirés et sont donc plus fragile lors du passage de la présentation fœtale.

### 4.2. La macrosomie fœtale

Il faut identifier les risques de macrosomie fœtale. En effet une macrosomie fœtale engendrerait plus de risques d’atteinte neurologique du périnée. Ainsi les risques de lésions périnéales sont augmentés lorsque le périmètre crânien est supérieur à 35,5cm, le diamètre bipariétal supérieur à 99mm, le poids de l’enfant à la naissance est supérieur à 3700g. (réf. 3, 4)

## 4.3. La présentation

Dans les présentations postérieures, le dégagement se fait en occipito-sacré, c'est le diamètre fronto-occipital qui se dégage, celui-ci est plus important que le diamètre sous-occipitofrontal dans les variétés antérieures, et augmente donc le risque de déchirure périnéale.

## 4.4. Durée de la deuxième phase de travail

Le taux de déchirures périnéales augmente avec la durée de la deuxième phase de travail. L'allongement de celle-ci doit être évité : il est nécessaire de s'assurer de l'absence d'un globe vésical qui pourrait retarder l'accouchement, et de s'assurer de la bonne contractilité utérine.

## 4.5. Les extractions instrumentales

Toutes les études mettent en évidence l'effet délétère des extractions instrumentales. Si elle est vraiment nécessaire, l'extraction doit être réalisée avec une analgésie de bonne qualité pour éviter la douleur maternelle pouvant entraîner des mouvements maternels inappropriés, l'obstétricien et la parturiente doivent être synchronisés, et l'extraction doit se faire par tractions progressives. La présentation doit être diagnostiquée pour connaître l'axe de traction. L'épisiotomie doit être précoce et large pour protéger le sphincter externe.

Le forceps est une modalité d'accouchement à risque périnéal élevé surtout au niveau du sphincter anal.

## 4.6. Accouchement par voie basse

Une césarienne faite avant le début de travail spontané n'implique pas de déchirures ou de traumatismes au niveau du périnée comme c'est le cas pour l'accouchement par voie basse. La césarienne en cours de travail et plus

particulièrement après une dilatation de plus de 8 centimètres ne protège pas la patiente de lésions d'étirement neurologiques qui peuvent entrainer des incontinences.

## 4.7. L'épisiotomie

L'épisiotomie médiane multiplie par 9 le risque de déchirure périnéal sévère (3ème ou 4ème degré) par rapport à l'épisiotomie médio-latérale.

## 4.8. Les déchirures de 3ème et 4ème degré

Ces déchirures impliquent une atteinte du sphincter anal et donc des risques d'incontinence anale. En effet malgré sa réparation immédiate le sphincter ne récupère pas toujours une fonction normale.

## 4.9. L'incontinence urinaire pendant la grossesse

Une femme qui a présenté lors de sa grossesse une incontinence urinaire a plus de risques de présenter une incontinence urinaire dans le post-partum et dans l'avenir. Une équipe anglaise a montré à l'aide d'une cohorte suivie pendant 15 ans (âge moyen 42 ans) que l'incontinence urinaire d'effort de la grossesse restait un facteur de risque d'incontinence urinaire d'effort 15 ans plus tard, alors que l'incontinence du post-partum n'était plus un facteur de risque significatif. (réf. 5). Certaines études montrent même que l'incontinence urinaire lors de la grossesse est le principal facteur de risque pour l'incontinence urinaire du post-partum, dans une des études : 51,7% des incontinences urinaires du post-partum s'expliqueraient par une incontinence de la grossesse. (réf. 6)

## 4.10.La prise de poids pendant la grossesse

La prise de poids normale pendant la grossesse est de 9 à 10 kg environ. Une prise de poids excessive constitue un facteur de risque pour une macrosomie fœtale

et pour des déchirures plus importantes du périnée. Elle constitue ainsi également un facteur de risque indirect d'incontinence urinaire du post-partum.

### 4.11. L'expression abdominale

Lors de l'accouchement, pour aider au dégagement, il peut arriver qu'on exerce une pression très forte au niveau abdominal. Cette pression peut avoir de graves conséquences sur le périnée qui subit lui aussi une hyperpression, elle peut léser des muscles. Heureusement cette pratique n'est plus beaucoup utilisée. En effet, la Haute Autorité de Santé a publié en janvier 2007 les recommandations suivantes : « Il n'y a pas d'indications médicalement validées pour réaliser une expression abdominale. »

### 4.12. Faire pousser la patiente sur une vessie pleine

Il est recommandé avant tout effort de poussée d'effectuer un sondage vésical évacuateur. En effet un effort de poussée sur une vessie pleine peut créer des lésions de celle-ci.

# 5. La rééducation périnéale

## 5.1. La rééducation périnéale du post-partum

Cette rééducation est prescrite à toute femme venant d'accoucher par voie basse ou par césarienne et est totalement remboursée par la sécurité sociale. La patiente peut s'adresser à une sage-femme ou un kinésithérapeute. On conseille de commencer cette rééducation six à huit semaines après l'accouchement. Le thérapeute évalue le nombre de séance nécessaire à la patiente, la prescription étant de dix séances mais certaines patientes peuvent nécessiter plus ou moins de séances. Les séances doivent se faire à raison de trois séances maximum par semaine pour que la patiente puisse après chaque séance répéter les exercices chez elle.

Une séance dure en moyenne de 30 à 40 minutes, au-delà, les muscles du périnée se fatiguent et les exercices ne sont plus efficaces. C'est un travail quotidien pour la femme

Des études ont montré que la rééducation périnéale limite le risque d'incontinence urinaire par la suite, mais ces études ne sont pas assez nombreuses pour l'affirmer de façon définitive.

## 5.2. Les méthodes de rééducation périnéale

Toute mise en place d'une rééducation périnéale doit commencer par un interrogatoire de la patiente. Cet interrogatoire doit permettre à la patiente de décrire les symptômes qu'elle présente ou non. On commence par faire une anamnèse sur les antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux de la patiente.

Ensuite on s'intéresse à la période du post-partum :

Est-ce que la patiente allaite son bébé ?

Quelle contraception est prise ?

Est-ce qu'il y a eu un retour de couches ? Si oui quand ?

La patiente a-t-elle repris le sport ? quel type de sport ?

Puis les questions doivent porter sur des éventuels troubles de la continence urinaire, troubles de l'évacuation, troubles de la sensibilité, pathologies ano-rectales et dysfonctions sexuelle telles que des dyspareunies, une diminution du plaisir ressenti par exemple. Tous ces sujets sont délicats et certaines patientes ne parlent pas spontanément de leur problèmes, il faut donc les aider dans la description de ces symptômes.

Pour les patientes qui ont des problèmes d'incontinence urinaire importants, on pourra mettre en place un calendrier mictionnel qui consiste à rapporter chaque miction et chaque prise de boisson par la patiente pendant 24h avec une évaluation du volume des entrées et des sorties.

Un examen clinique doit être réalisé, débutant par un examen visuel du périnée (présence d'une béance, d'une cicatrice…). Suivi d'un examen neurologique étudiant les territoires sensitifs de la région périnéale à la recherche d'une éventuelle hypoesthésie.

Cet examen peut s'effectuer en demandant à la patiente de différencier la sensation entre le toucher et le piquer autour de la vulve et de la marge anale.

Enfin un toucher vaginal pour apprécier la musculature du périnée et les éventuels défects. On testera les différents faisceaux (droite, gauche, postérieur) en superficie et en profondeur.

Le toucher vaginal permet une prise de conscience de la musculature ainsi qu'une évaluation de celle-ci par le thérapeute appelée testing périnéal ou testing des releveurs. Il permet d'évaluer la force et l'endurance des muscles du périnée et de détecter une éventuelle inversion de commande. Ce testing donne une cotation de 0 à 5 selon des critères précis :

- Les grades 0 et 1 signifient que la patiente n'arrive pas à exercer une contraction du périnée et qu'elle mobilise d'autres muscles (fessiers, abdominaux…)
- Les grades 2 et 3 correspondent à une contraction faible avec une élévation des muscles médiocres
- Le grade 4 signifie une contraction correcte et un bon maintien de l'élévation
- Le grade 5 correspond à une contraction puissante avec une bonne élévation et une pression très forte sur les doigts du thérapeute.

Puis le thérapeute testera la contraction à l'effort en demandant à la patiente de tousser.



Position des doigts pour le testing périnéal

### 5.2.1. La rééducation manuelle

Elle s'appuie sur une prise de conscience de la contraction périnéale grâce à un toucher vaginal.

La contraction devra être lente avec des temps de réponse doubles.

La prise de conscience : pour obtenir une contraction musculaire, on place les muscles releveurs en position d'étirement et on réalise un étirement supplémentaire assez bref et intense, on demande alors à la patiente de prendre conscience de cette contraction.

Après cette prise de conscience, le seul moyen de développer et d'augmenter la force musculaire est de réaliser un travail avec des résistances. Il faut tenir compte de la fatigue musculaire au cours des différents exercices : le temps de repos doit souvent être le double du temps de contraction.

Il faut faire attention que le travail ne soit pas réalisé en apnée, on préconise une expiration mais si cela est difficile on accepte l'inspiration. Il ne faut pas qu'il y ait d'inversion de commande : la patiente doit resserrer son ventre en profondeur et non le pousser vers l'avant.

### 5.2.2. Le verrouillage périnéal

Il s'agit de la phase terminale de la rééducation, c'est un apprentissage souvent long et difficile mais primordial si la patiente veut contrôler ses fuites urinaires à l'effort.

C'est une réponse automatique réalisée par la patiente sur un effort, c'est un mécanisme passif lié à la vigilance de la patiente.

Dans un premier temps : la patiente est mise dans une situation d'hyperpression abdominale (toux, éternuement…) après qu'on lui ait demandé une contraction périnéale. Puis dans un deuxième temps, cette situation sera renouvelée sans contraction préalable et la musculature devra alors réagir en se contractant.

### 5.2.3. Connaissance et maîtrise du périnée

Cette méthode commence par un bilan anatomique et fonctionnel détaillé des parties molles du petit bassin et des viscères sus-jacents fait par l'intermédiaire du toucher vaginal. Puis on demande à la patiente de se représenter son périnée comme une « grotte » avec une entrée (la vulve), un plafond (l'urètre et son sphincter), un sol et des parois (les faces postérieures et latérales du vagin). Ensuite, à l'aide d'images mentales, la patiente travaille les différentes parties du périnée. Par exemple on lui demande de « fermer la grotte » pour obtenir une contraction de la vulve.

### 5.2.4. Le biofeedback

Le principe du biofeedback est la prise de conscience précise de la contraction périnéale par l'intermédiaire de signaux le plus souvent visuels et parfois auditifs.
Une sonde adaptée à ce type de rééducation doit être placée au niveau vaginal, on demande à la patiente de réaliser une contraction du périnée et celle-ci va se traduire par une courbe qui s'affiche sur l'écran d'un moniteur auquel la sonde est reliée. Ainsi la patiente peut se rendre compte en temps réel du travail qu'elle fournit et ajuster la force de ses contractions. Le thérapeute présent, stimule, explique les résultats, encourage, critique et corrige la patiente.

### 5.2.5. L'électrostimulation

La contraction de la fibre musculaire est principalement d'origine réflexe, la sonde permettant l'électrostimulation doit donc être placée le plus prés possible des troncs nerveux. Pour les muscles du périnée, la sonde est introduite par voie vaginale en respectant l'angle vaginal.
La stimulation va induire une contraction musculaire qui est visible au niveau du périnée, la sonde bouge vers le haut et l'avant.
Le thérapeute choisit en fonction des symptômes décrits par la patiente la largeur de l'impulsion et sa fréquence. L'intensité devra être le plus élevée possible tout en respectant le seuil de douleur de la patiente.
L'efficacité de cette technique repose sur la préservation des arcs réflexes et sur l'intégrité partielle ou complète de l'innervation des muscles du plancher pelvien.



Différentes sondes utilisées pour le biofeedback et l'électrostimulation

### 5.2.6. Le traitement comportemental

Il consiste principalement à la mise en place par la patiente d'un calendrier mictionnel, pour pouvoir à partir des données recueillies rétablir un équilibre mictionnel et donner les conseils adéquats. Cette technique est surtout utilisée chez les patientes qui présentent des urgences mictionnelles et des fréquences de miction trop nombreuses, on remarque souvent qu'un comportement mictionnel non physiologique s'est installé par anxiété ou difficultés émotionnelles par exemple.
Le calendrier mictionnel comprend les informations suivantes : horaires des mictions et volume de celles-ci, volume de boisson absorbé, présence de fuites urinaires avec circonstances de survenue.

### 5.2.7. Les cônes vaginaux

Ce sont des cônes en forme d'ogive, s'insérant dans le vagin et qui induisent (hors effort) un travail réflexe de l'armature périnéal empêchant le cône de tomber.
Si pendant un effort, la patiente ne verrouille pas son périnée, le cône est alors éjecté du vagin. La patiente doit les porter au moins deux fois quinze minutes par jour. Les cônes vaginaux constituent un complément à la rééducation.

### 5.2.8. Le périnéomax

C’est un kit qui se compose d’une sonde ballon en latex, d’un ensemble de gonflage et d’un lot de trois masses. La sonde ballon se place dans le vagin puis se gonfle, les masses sont accrochées à la sonde. Ensuite l’exercice se fait debout devant un miroir, la patiente doit réaliser des séries de contractions qu’elle pourra visualiser par l’ascension des masses. Au fur et à mesure des séances d’exercices et de ses progrès la patiente pourra mettre la masse supérieure.

### 5.2.9. La méthode Abdo-MG® et Uro-MG®

C’est une méthode de rééducation thoraco-abdomino-expiratoire qui s’intéresse à la récupération d’une sangle abdominale compétente qui peut alors transmettre correctement les pressions dans l’enceinte abdomino-pelvienne et préserver le système périnéo-sphinctérien. C’est une technique spécifiquement abdominale fondée sur le souffle qui permet de récupérer une bonne sangle abdominale protectrice du périnée. (réf. 7)  La patiente souffle dans un embout son devant lequel est placé un appareil qui capte le souffle et provoque une électrostimulation abdominale à l’aide d’électrodes le temps du souffle. Il ne doit pas y avoir de prise d’air avant le souffle, et le souffle doit être régulier pour permettre un bon travail des abdominaux. L’électrostimulation constitue une aide à la prise de conscience de l’exercice, elle peut être abandonnée quand la patiente peut faire l’exercice correctement avec l’embout son seul. Après un mois de pratique de la méthode abdominale on peut utiliser l’électrode périnéale pour une prise de conscience de la contraction périnéale lors des exercices.

### 5.2.10. L’éducation périnéale anténatale

Plusieurs études ont montré que l’apport par le thérapeute de recommandations écrites ou orales concernant des exercices pour tonifier le périnée pendant la grossesse ne suffisaient pas à diminuer significativement le pourcentage

d'incontinence urinaire. En revanche, une rééducation avec un thérapeute permet de diminuer ce pourcentage. (réf. 10)

# *Partie 2*

# *Description de l'étude et résultats*

# 1.Méthodologie de l’étude

## 1.1. Objectifs

L’objectif principal est d’évaluer sur un échantillon de femmes ayant accouché à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy si la prescription de rééducation périnéale faite par les sages-femmes ou les médecins à la sortie de la maternité est suivie, et de connaître les raisons qui expliquent la non-observance de cette prescription.

## 1.2.Type d’étude

L’étude réalisée est une étude prospective consistant en un suivi de cohorte, c’est une étude mono centrique observationnelle.

## 1.3. Population étudiée

La population cible de cette étude sont les femmes ayant accouché à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy par voie basse ou par césarienne.

## 1.4. Echantillon

L’échantillonnage s’est fait du 14 mai 2009 au 5 juin 2009 parmi les patientes venant d’accoucher et présentent dans les différents secteurs mère-enfant. Les critères d’exclusions à cette étude sont le refus de participer à l’étude et les patientes ne parlant pas français.

## 1.5. Méthodes

L’étude a comporté deux questionnaires. Le premier questionnaire a été rempli du 14 mai 2009 au 5 juin 2009 en secteur mère-enfant. Je me suis rendue auprès des patientes venant d’accoucher pendant cette période. Je leur ai expliqué

mon étude, leur ai demandé si elles acceptaient de participer à cette étude, puis leur ai fait remplir un accord pour être recontactées. Ensuite, nous avons remplies ensemble le questionnaire.

Les données recueillies ont été anonymisées et analysées.

Le deuxième questionnaire a été rempli du 12 au 30 octobre 2009, par le biais d'un contact téléphonique avec les patientes l'ayant accepté.

Pour le premier questionnaire l'échantillon était de 58 patientes. Pour le deuxième questionnaire l'échantillon est de 46 patientes, soit un total de 12 patientes perdues de vue et 79% de réponse.

## 1.6. Les points positifs

L'étude menée pour la réalisation de ce mémoire a pour avantage de couvrir de nombreux points en rapport avec la rééducation périnéale et d'avoir des réponses précises à chaque question. Ceci a été possible en allant auprès de chaque patiente pour le premier questionnaire, pour pouvoir expliquer les questions les plus techniques.

L'échantillon est varié, et le nombre de patientes perdues de vue est faible.

## 1.7. Les points négatifs

L'étude menée pour ce mémoire comprend forcément quelques biais. Le premier est le nombre de patientes interrogées, pour des statistique plus précises il aurait fallu étudier un plus grand nombre de patientes, ce qui était impossible dans le temps imparti à la réalisation de ce mémoire. De plus pour le deuxième questionnaire, le nombre de patientes est diminué puisqu'il y a 12 patientes perdues de vue, soit parce qu'elles ont changé de numéro de téléphone dans l'intervalle de temps entre les deux questionnaires, soit parce que malgré les nombreux essais d'appels il n'y a jamais eu de réponse.

On peut également se demander si le fort taux de patientes ayant fait la rééducation périnéale n'est pas biaisé par le fait que la Maternité Régionale Universitaire comprend un service d'urodynamique qui prend en charge la

rééducation, et que dans le secteur du Grand Nancy il y a de nombreuses sages-femmes libérales qui pratiquent les séances de rééducation périnéale.

Le dernier point négatif de cette étude est le court délai entre les deux questionnaires et l'impossibilité de poursuivre l'étude sur de plus grandes périodes pour voir l'évolution à long terme de l'incontinence urinaire des patientes et sur l'apport de la rééducation.

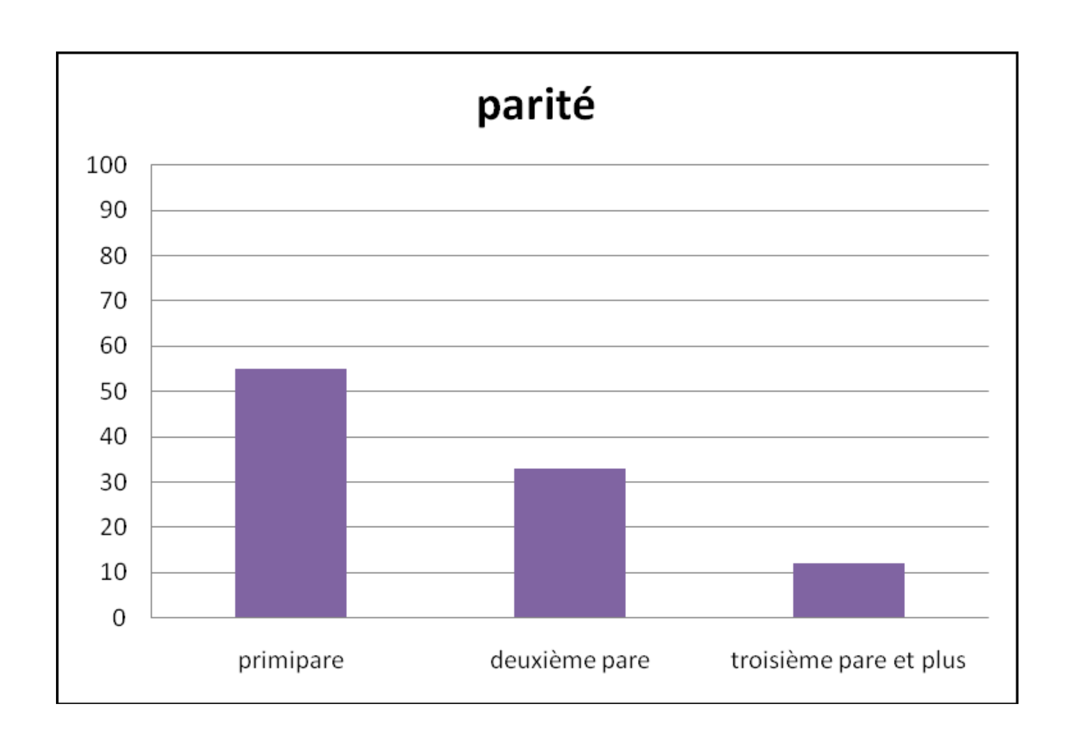
# 2. Analyse de l'étude : premier questionnaire

## 2.1 Informations générales

Parmi les patientes interrogées, 33 ont entre 20 et 30 ans, 23 sont âgées de plus de 30 ans et 2 ont moins de 20 ans. Concernant la situation familiale des patientes, 37 vivent en couple, 20 sont mariés et 1 est célibataire. On trouve 18 employées, 16 patientes exerçant une profession intermédiaire de l'enseignement / de la santé/ de la fonction publique et assimilés ; 13 patientes sans emploi, 7 patientes exerçant une profession administrative et commerciale des entreprises, 3 cadres et 1 ouvrière

## 2.2 Antécédents et grossesse

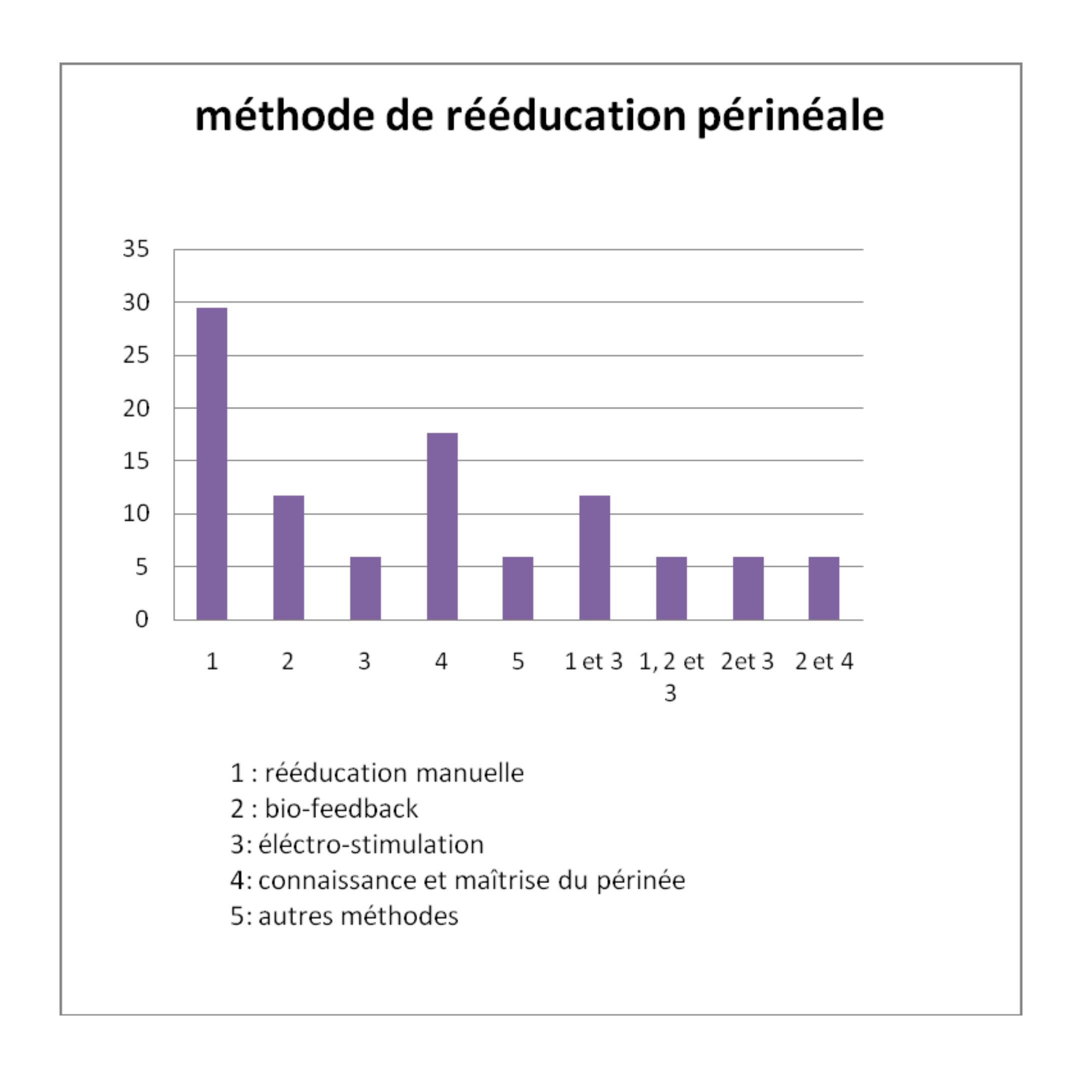
### 2.2.1 Parité




55% des patientes sont primipares, 33% sont deuxième pare et 12% sont troisième pare et plus.

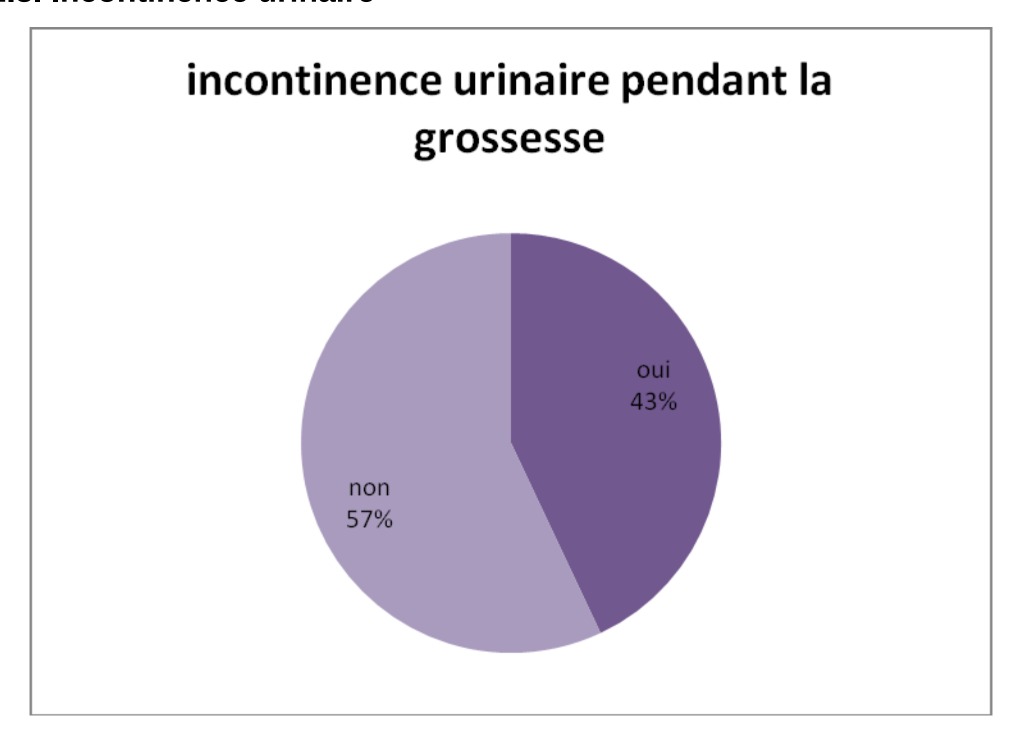
### 2.2.2 Rééducation périnéale antérieure

Parmi les multipares, 65 % ont déjà fait des séances de rééducation périnéale pour leurs grossesses précédentes.



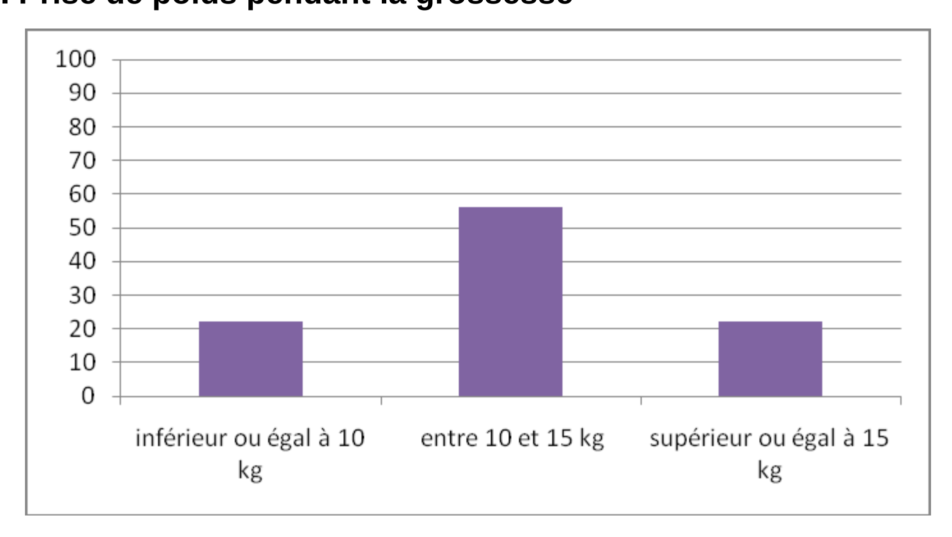

Lors de la rééducation périnéale précédente, 29% des patientes ont pratiqué la méthode manuelle, 18% la méthode connaissance et maîtrise du périnée, 12% la méthode de biofeedback, 6% l'électrostimulation, et 6% d'autres méthodes de rééducation. Tandis que 30% d'entre elles ont pratiqué plusieurs méthodes, les méthodes les plus souvent associées étant la rééducation manuelle et l'électrostimulation.

### 2.2.3. Incontinence urinaire



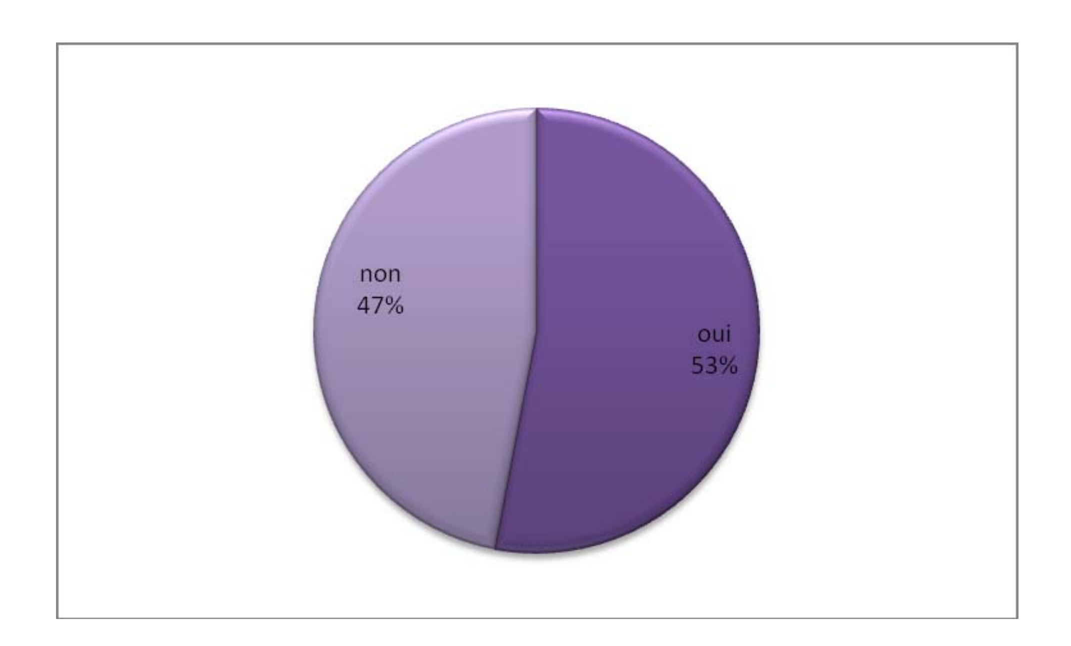

Aucune patiente ne présentait d'incontinence urinaire en dehors de la grossesse. Lors de la grossesse, 43 % des patientes présentaient une incontinence urinaire parmi elles 92 % souffraient d'incontinence urinaire à l'effort et 8% d'incontinence urinaire à l'effort et par impériosité. Dans la littérature, une étude a montré une augmentation de la prévalence de l'incontinence urinaire pendant la grossesse, avec jusqu'à 32% des parturientes qui ont des problèmes d'incontinence urinaire lorsqu'elles arrivent en fin de grossesse. (réf.8) D'autres études ont retrouvé des fréquences d'incontinence urinaire pendant la grossesse entre 30 et 50%.( réf. 9 et 10)

### 2.2.4. Prise de poids pendant la grossesse



56%  des patientes ont pris entre 10 et 15 kg pendant leur grossesse, 22% ont pris 10 kg et moins, 22% ont pris 15kg et plus.

### 2.2.5. Préparation à la naissance

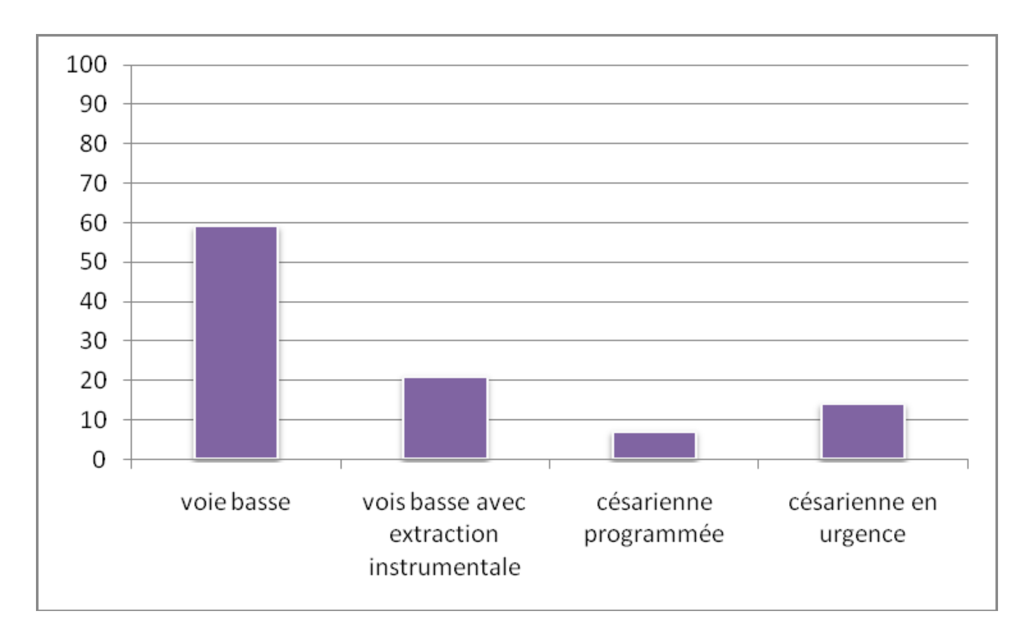



## 2.3 L'accouchement

### 2.3.1. Terme de l'accouchement

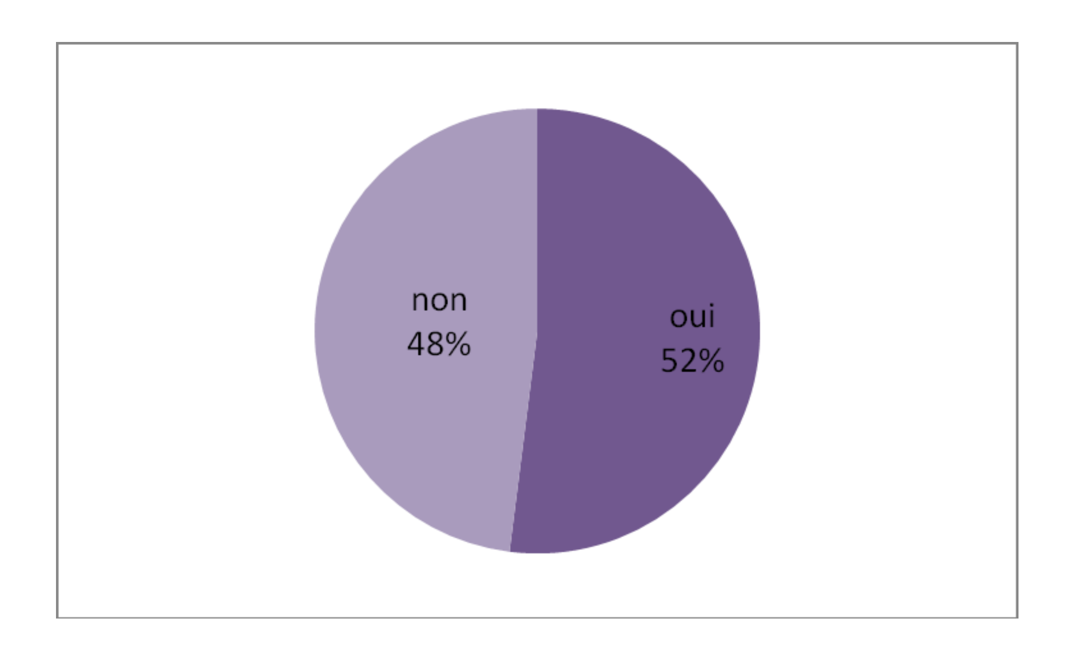
97% des patientes ont accouché après 37 semaines d'aménorrhée.

### 2.3.2. Mode d'accouchement




59% des patientes ont accouché par voie basse, 21% ont accouché par voie basse avec une extraction instrumentale, 14% ont été césarisé en urgence et 7% ont eu une césarienne programmée.

### 2.3.3. Sondage urinaire évacuateur avant l'accouchement



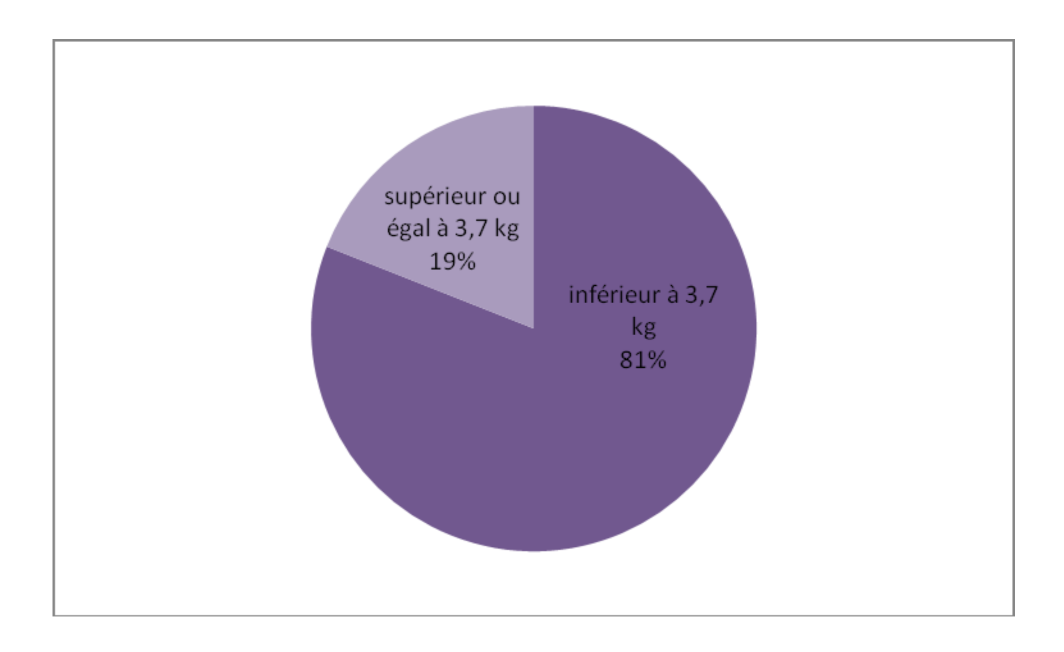
### 2.3.4. Lésions du périnée

20% des patientes n'ont pas eu de lésions au niveau du périnée, 48 % ont eu une déchirure simple, aucune patiente n'a eu de déchirure complète et 32% ont eu une épisiotomie.

### 2.3.5. Expression abdominale pendant l'accouchement

96% des patientes n'ont pas subi d'expression abdominale lors de leur accouchement.

### 2.3.6. Poids du nouveau-né à la naissance



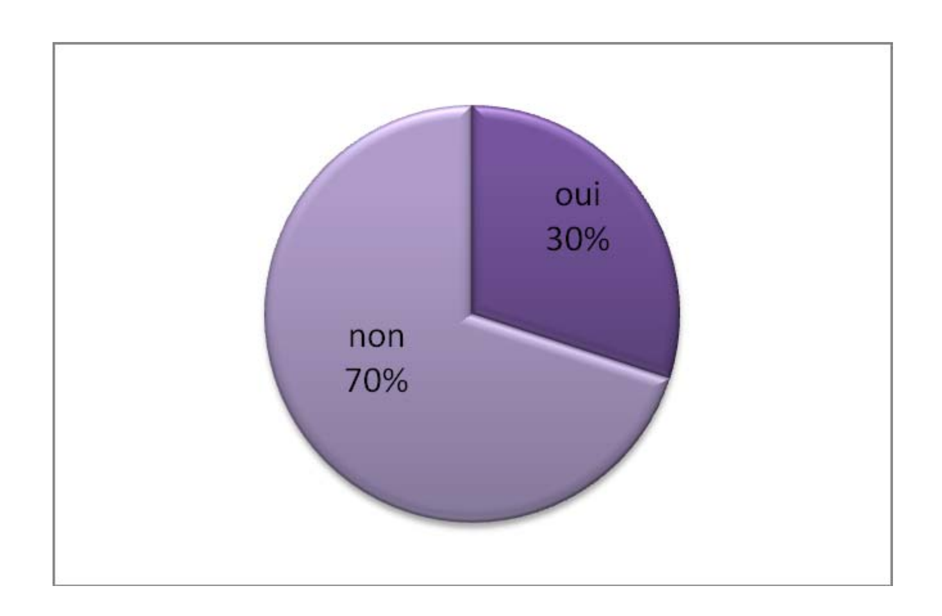

## 2.4. Notions sur la rééducation périnéale

A la question : pouvez expliquer ce qu'est la rééducation périnéale et quel est son intérêt ?, 84% des patientes savent expliquer en quelque mots quel est l'intérêt de la rééducation périnéale, 9% des patientes en ont déjà entendu parler mais n'ont pas de notions précises sur l'intérêt.

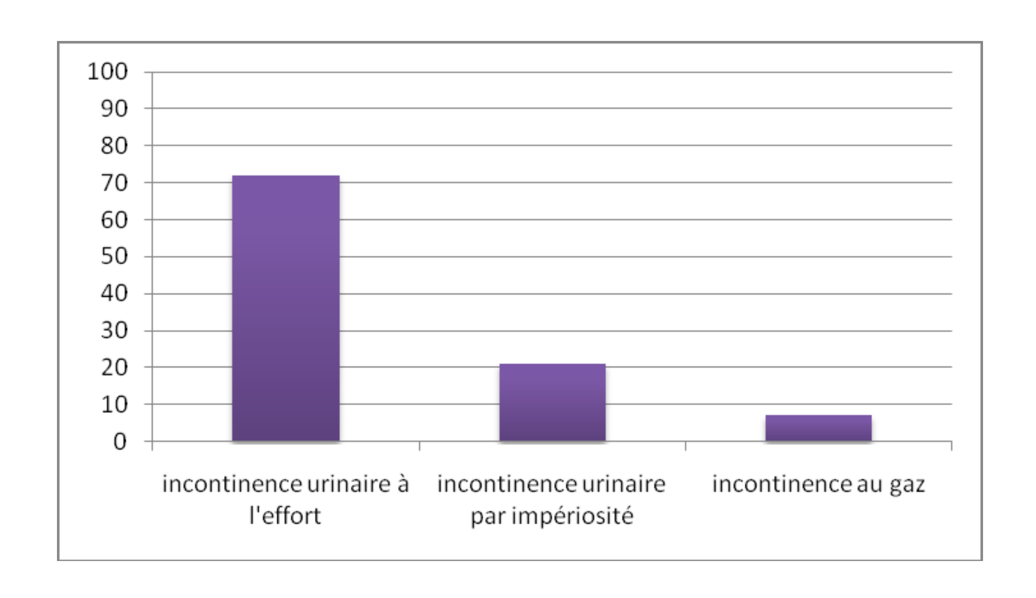
95% des patientes ont pour projet de suivre les séances de rééducation qui leur seront prescrites.

# 3. Analyse de l'étude : deuxième questionnaire

## 3.1 Incontinence dans le post-partum

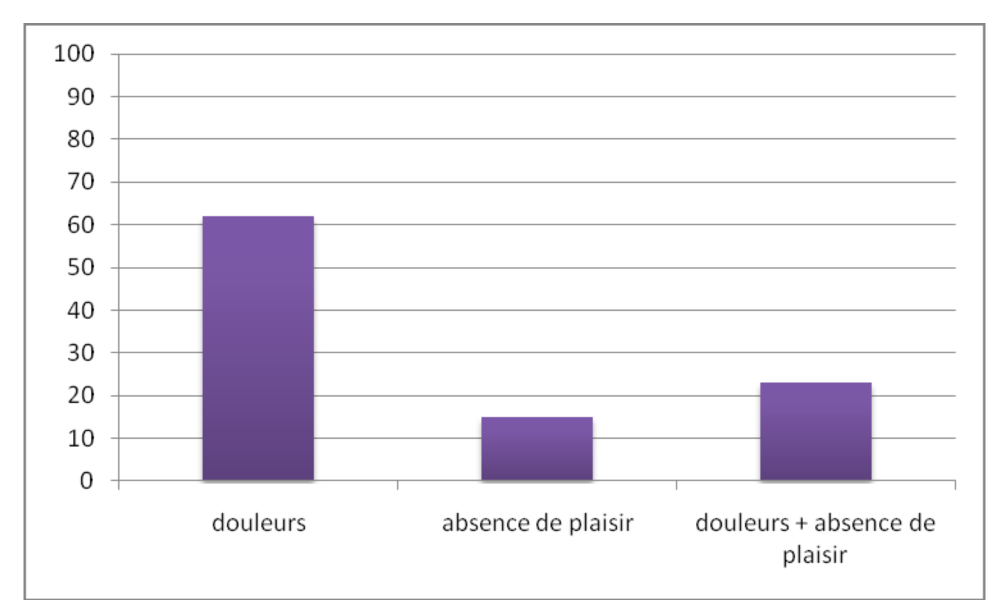



Parmi les 30% de patientes qui ont eu des problèmes d'incontinence dans le post-partum : 72% étaient concernées par des incontinences urinaires à l'effort, 21% par des incontinences urinaires par impériosité et 7% par des incontinences au gaz. Dans la littérature, une étude sur 181 femmes enceintes en bonne santé montre que 30% d'entre elles ont une incontinence urinaire du post-partum qui persiste dans un tiers des cas. (réf.11).

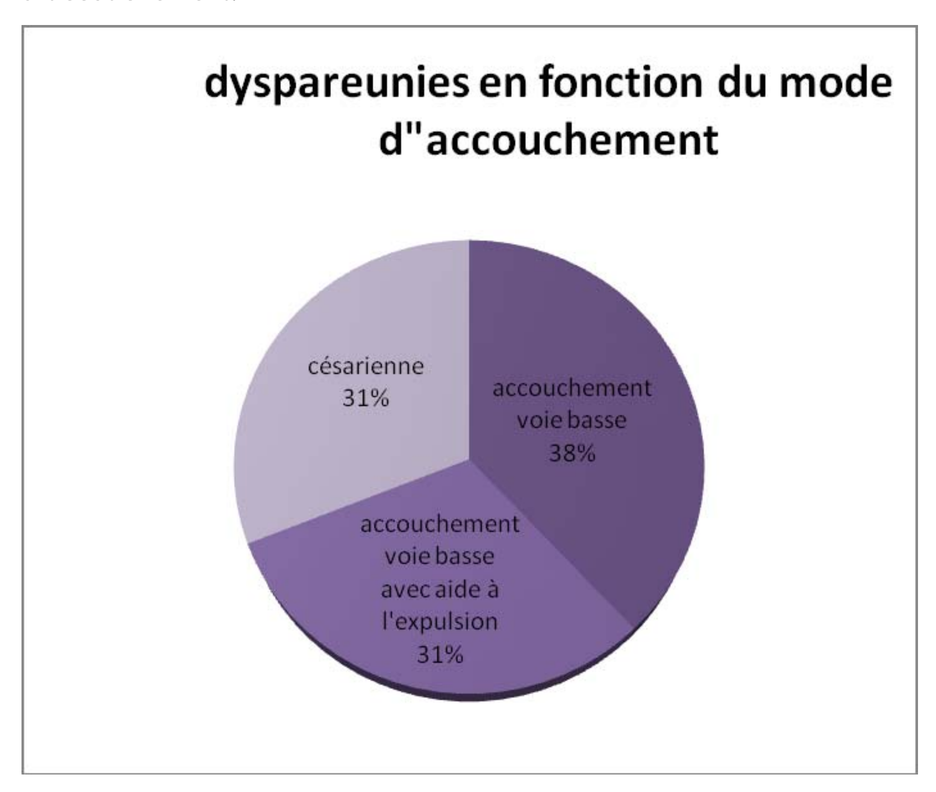


## 3.2 Dyspareunies

28% des patientes interrogées ont eu des difficultés lors de la reprise des rapports sexuels.

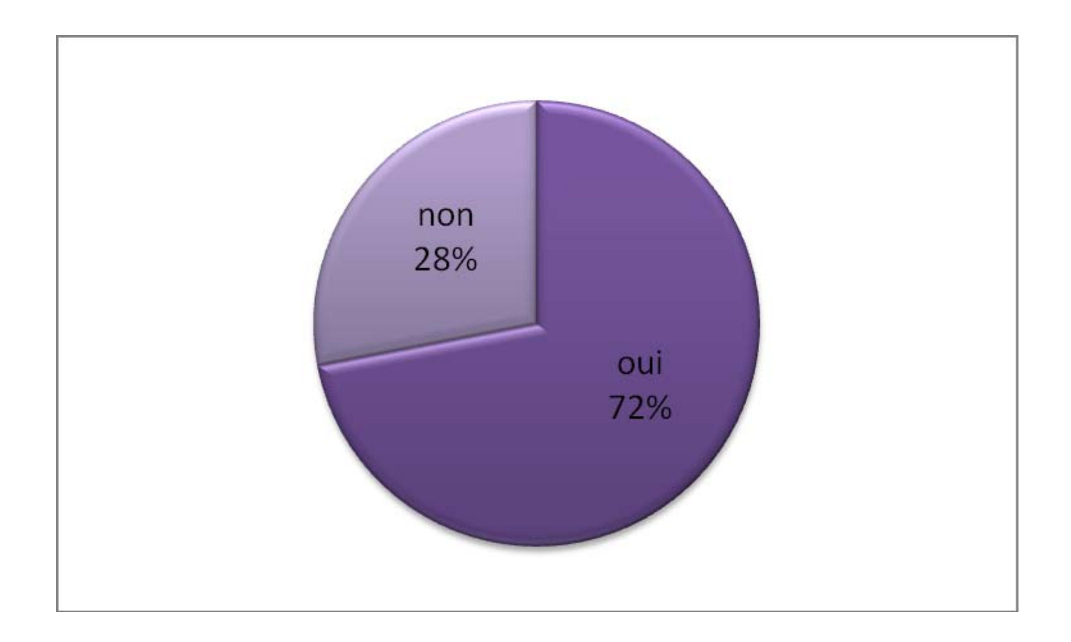



Dans la littérature, la prévalence de la dyspareunie en post-partum immédiat est de 20 à 50 % selon les études et le mode d'accouchement. (réf. 12, 13). Dans notre échantillon, les dyspareunies sont réparties de façon égale selon le mode d'accouchement.



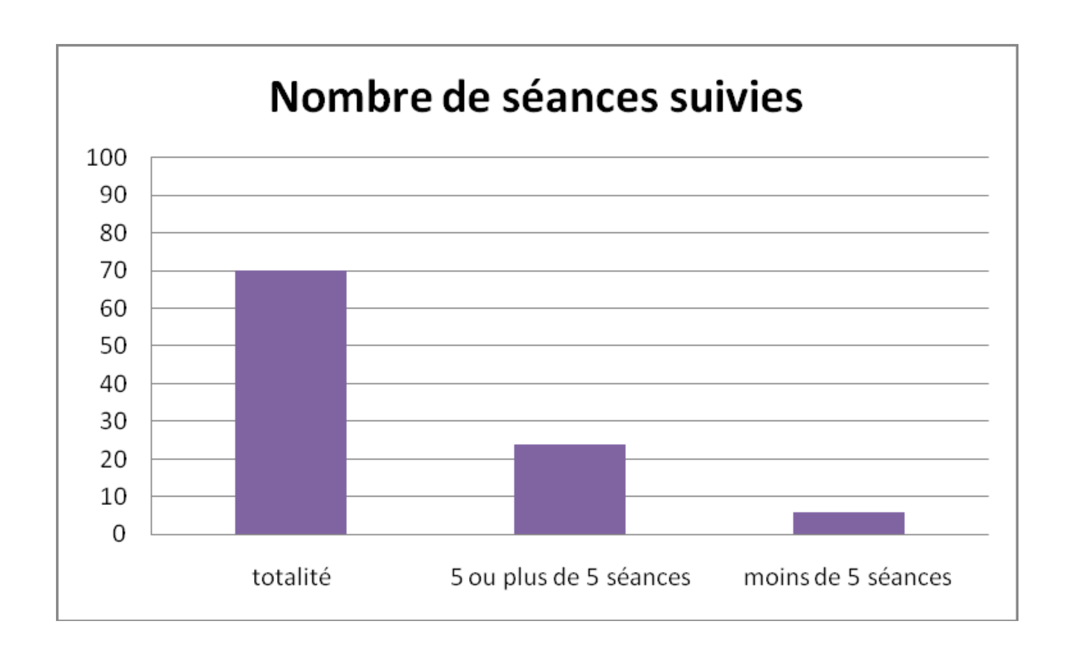
## 3.3. La rééducation périnéale

Environ quatre mois après leur accouchement, 72 % des patientes qui ont répondu au deuxième questionnaire ont suivi des séances de rééducation périnéale, tandis que 28% d'entre elles ne l'ont pas fait. Dans la littérature, on ne trouve pas d'études faites en France sur l'observance de la prescription de la rééducation périnéale.



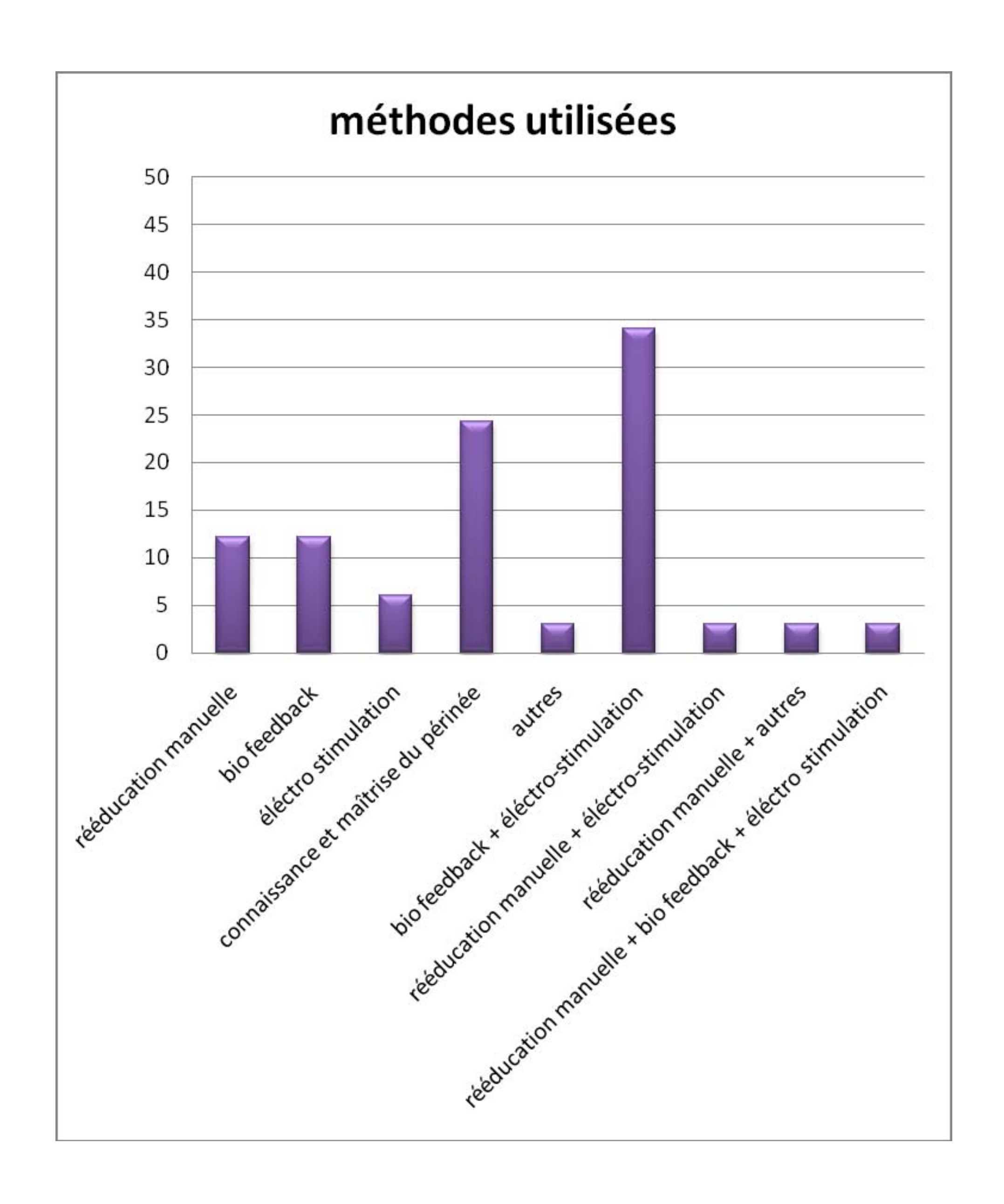

Si on s'intéresse plus particulièrement aux multipares, on peut noter que dans l'échantillon sur 20 multipares qui ont répondu aux deux questionnaires : 12 d'entre elles avaient déjà fait de la rééducation périnéale avant de la refaire pour cette grossesse, 4 ne l'on pas fait pour les premières grossesses et ne l'ont pas fait non plus pour la grossesse à laquelle on s'intéresse, 3 l'avaient fait avant mais pas pour cette grossesse et 1 ne l'avait pas fait et l'a fait cette fois-ci.

### 3.3.1 Concernant les patientes ayant suivi la rééducation périnéale




Parmi les patientes qui n'ont pas été aux 10 séances initialement prévues, 40% ont abandonné parce qu'elles ne trouvaient plus le temps de se rendre aux séances. Pour les 60% restant, la sage-femme ou le kinésithérapeute qui les suivait a estimé qu'elles n'avaient pas besoin de continuer les séances.
79% des patientes ont suivi la rééducation périnéale avec une sage-femme et 21% avec un kinésithérapeute.

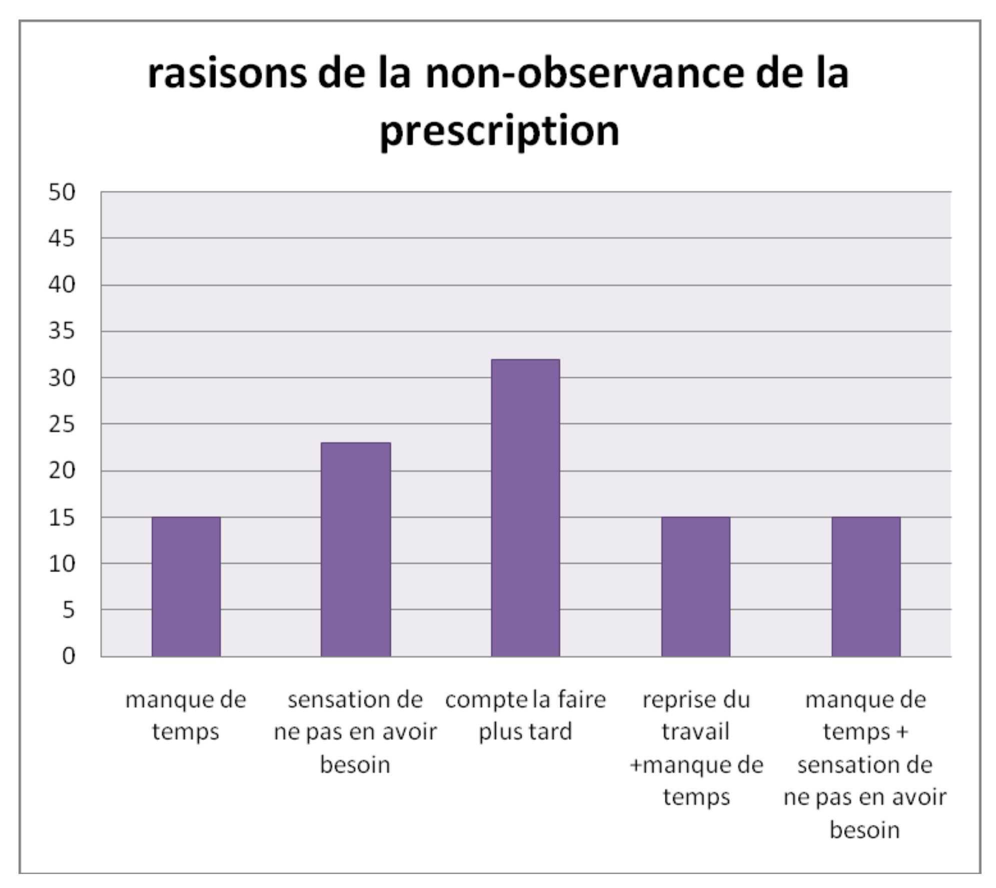
34% des patientes ont utilisé le biofeedback et l'éléctro-stimulation, 24% ont utilisé la méthode connaissance et maîtrise du périnée, 12% la rééducation manuelle, 12% le biofeedback, 6% l'électrostimulation, 3 % d'autres méthodes, 9% ont utilisé des combinaisons de plusieurs méthodes.




100% des patientes jugent qu'elles ont une meilleure connaissance de leur périnée grâce à la rééducation périnéale. 68% d'entre elles estiment avoir une meilleure maîtrise de leur périnée, il y a une amélioration d'éventuels troubles pour 60 % des patientes.

64% des patientes continuent les exercices appris lors des séances de rééducation périnéale, parmi les 36 % restant, 92 % ne le font pas car ce n'est pas devenu automatique pour elles d'y penser, et 8% parce qu'elles n'ont pas envie de le faire.

**3.3.2. Concernant les patientes qui n'ont pas suivi la rééducation périnéale**




32% des patientes qui n'avaient pas encore fait la rééducation périnéale lors du deuxième questionnaire pensaient la faire plus tard, 23% ne pensaient pas en avoir besoin, 15% des patientes ne l'ont pas faite par manque de temps, 15 % n'ont pas fait la rééducation par manque de temps dû à la reprise du travail et enfin 15% par manque de temps ajouté à la sensation de ne pas en avoir besoin.

## 3.4. La visite post-natale

91% des patientes se sont rendues à leur visite post-natale. Lors de cette consultation, la sage-femme ou l'obstétricien a parlé de la rééducation périnéale à 60% d'entre elles, et un toucher vaginal avec contraction du périnée pour effectuer un testing périnéal a été fait dans 48% des cas.

## 3.5. Renseignements sur la rééducation périnéale

65 % des patientes ont été informé sur la rééducation périnéale par la sage-femme ou l'obstétricien qui les suivait, 69 % par les sages-femmes du secteur mère-enfant, 100% des patientes ayant fait de la préparation à la naissance ont été informé pendant ces séances, 28 % des patientes ont été informées par des connaissances.

74 % des patientes estiment avoir été assez informées sur la rééducation périnéale.

# *Partie 3*

# *Analyse des résultats*

# 1. Les patientes qui n’ont pas fait la rééducation

Il faut également s’intéresser aux raisons invoquées par les patientes qui n’ont pas suivi les séances de rééducation. Pour 32% d’entre elles le questionnaire a été réalisé trop tôt puisqu’elles ont répondu qu’elles souhaitaient la faire prochainement. Il aurait été intéressant de laisser plus de temps entre les deux questionnaires pour avoir de meilleurs résultats. En effet, ces patientes vont-elles faire la rééducation ou ont-elles répondu qu’elles allaient la faire plus tard pour se déculpabiliser ? Ensuite, 23% des patientes qui n’ont pas fait la rééducation n’avaient pas le sentiment d’en avoir besoin. Ce résultat est intéressant à corréler avec le sentiment d’avoir été assez informé : sur cinq patientes qui ne pensaient pas avoir besoin de faire la rééducation, quatre d’entre elles estiment ne pas avoir été assez informées. Ce qui prouve l’importance d’une bonne information des patientes. Les autres raisons sont le manque de temps et la reprise du travail. Il est vrai que le début des séances de rééducation correspond souvent au moment de la reprise du travail et qu’il est compréhensible que les patientes ne peuvent pas toujours tout gérer en même temps. Ainsi si les différents intervenants n’ont pas insisté sur l’importance de la rééducation, celle-ci passe au deuxième plan et n’est pas faite par la patiente. Le manque de temps est souvent justifié par la patiente par la présence du nouveau-né et l’impossibilité de le faire garder par d’autres personnes. Or la plupart des sages-femmes acceptent que les patientes viennent aux séances avec leur nouveau-né. Il paraît également important d’informer les patientes sur cette possibilité.

# 2. L’information des patientes sur la rééducation périnéale

## 2.1. En pré-partum et en post-partum immédiat

Sur l'échantillon étudié, on peut observer que 100% des patientes ayant assisté à des séances de préparation à la naissance, ont été informé sur la rééducation périnéale. Mais seulement 53% des patientes ont fait de la préparation à la naissance. Qu'en est-il des patientes qui ne font pas de préparation à la naissance ?

Parmi l'échantillon, 65% des patientes ont entendu parler de la rééducation périnéale lors des consultations prénatales, ce qui semble un pourcentage assez encourageant.

Le sujet de la rééducation périnéale peut être une première fois abordé lors de ces consultations, en effet, 43% des patientes interrogées présentaient une incontinence urinaire pendant la grossesse, ce qui est le facteur de risque le plus important pour une incontinence urinaire du post-partum. Il serait intéressant de savoir si elles en avaient parlé spontanément à la sage-femme ou l'obstétricien qui les suivait pendant lors grossesse, car ce sujet reste tabou pour certaines patientes et il peut parfois être difficile d'en parler. Poser la question d'une éventuelle incontinence aux patientes pendant leur suivi de grossesse serait une bonne introduction à la notion de rééducation périnéale. Les patientes qui présentent une incontinence urinaire de grossesse pourraient être ainsi davantage sensibilisées à l'importance de cette rééducation.

Lors du séjour en secteur mère-enfant, il est nécessaire de donner des informations sur la rééducation. Les recommandations pour la pratique clinique en ce qui concerne la rééducation du post-partum rappellent l'importance de ces informations et précisent qu'il est également nécessaire d'insister sur la nécessité de la consultation post-natale.

Il est évident que ce séjour n'est pas la période où les patientes sont les plus disponibles et les plus réceptives possibles. De nombreuses informations leurs sont délivrées en peu de temps, leur esprit est occupé par les diverses émotions que peuvent provoquer la naissance d'un enfant, et certaines restent peu de temps à la Maternité avec l'augmentation des sorties précoces. Dans de nombreuses Maternités la rééducation périnéale est prescrite systématiquement à la sortie du secteur mère-enfant. Il serait logique que des informations soient données en complément à l'ordonnance. A la Maternité Régionale Universitaire de Nancy, un document d'information est donné à chaque patiente. (voir annexes).

Les patientes de l'échantillon se souviennent en général avoir eu l'ordonnance, mais 69% d'entre elles disent avoir eu des informations orales complémentaires. Il est certain que certaines patientes ne se souviennent pas avoir été informées, mais ce chiffre devrait quand même se rapprocher des 100%. Pour améliorer ce chiffre, il faudrait choisir un moment dans le séjour des patientes pour leur parler de la rééducation périnéale et le faire à ce même moment pour chaque patiente. En effet, de cette façon on pourra être sûr que la patiente est informée, et ne pas penser à tort que cela a déjà été fait et de ne pas en reparler. Le moment qui semble le plus approprié reste le jour de la sortie lorsque l'on remet les ordonnances à la patiente, il faudrait alors lui expliquer ce qu'est la rééducation périnéale, pourquoi il est important de la faire et éventuellement aborder les différentes méthodes.

## 2.2. La visite post-natale

Les recommandations de l'HAS datant de décembre 2002, précisent que la prescription de la rééducation périnéale ne doit pas être systématique et que celle-ci doit se faire en fonction des troubles décrits par la patiente ou observés lors de l'examen clinique. C'est lors de la visite post-natale qu'une prise en charge rééducative doit être envisagée selon ces mêmes recommandations. C'est pour cette raison que cette visite est une étape importante pour la rééducation périnéale, même si à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy et dans d'autres Maternités, la prescription est systématique à la sortie du secteur mère-enfant.

Lors de cette visite, la sage-femme ou l'obstétricien doit tout d'abord rechercher la présence d'une incontinence urinaire, aux gaz ou anale chez la patiente, cela passe par un interrogatoire soigné de la patiente. Les problèmes d'incontinence restent parfois un sujet difficile à aborder pour les patientes, il faut parfois poser à plusieurs reprises les questions en les reformulant pour que la patiente se confie sur ses problèmes d'incontinence. Certaines patientes suivies par un praticien masculin peuvent avoir encore plus de difficultés à aborder ce sujet. Puis après l'interrogatoire, l'examen clinique est important pour déceler la présence de douleurs, pour évaluer la trophicité du périnée, et également faire un testing périnéal.

Le deuxième temps de cette consultation est l'information de la patiente sur la rééducation périnéale, pour apporter des réponses aux éventuelles questions que se posent les patientes.

Sur l'échantillon de patientes étudié, seulement dans 60% des cas la rééducation périnéale a été abordée pendant la consultation post-natale, et dans 48% des cas un testing périnéal a été réalisé.
On peut se demander pourquoi la rééducation périnéale n'est pas abordée à chaque consultation post-natale alors qu'elle paraît une étape importante pour juger de sa nécessité.

La prescription à la sortie du secteur mère-enfant est certainement une réponse à cette réalité. En effet, on peut penser que le fait que la patiente ai déjà son ordonnance quand elle vient à la consultation post-natale « déresponsabilise » le praticien en ce qui concerne la rééducation, il peut être amené à considérer que le sujet a déjà été bien abordé avec la patiente et que si la patiente ne pose pas de questions c'est qu'elle a bien intégré les informations sur la rééducation périnéale.
Alors que cette consultation doit être considérée plutôt comme une sorte de « piqûre de rappel », surtout si la patiente se plaint d'incontinence ou de dyspareunies.
D'autre part, la méthode du testing périnéal n'est pas toujours bien maîtrisée par le praticien. C'est un acte qui nécessite une certaine expérience puisqu'il faut savoir identifier les déficits du périnée lors d'une contraction.

Lorsque la rééducation périnéale a déjà été prescrite en secteur mère-enfant, la consultation post-natale devrait permettre de mettre en évidence les facteurs de risques d'incontinence urinaire (extraction instrumentale, déchirures du 3éme ou 4éme degré…) et d'informer la patiente sur l'utilité pour elle de faire la rééducation.

## 2.3. Ressenti des patientes vis-à-vis des informations sur la rééducation

Parmi les patientes de l'échantillon, 74% estiment avoir été assez informées sur la rééducation périnéale, ce qui prouve que le recoupement des diverses informations

amenées par les différents intervenants suffit aux patientes. Parmi celles qui ne s'estiment pas assez informées, le manque majeur d'information est sur le déroulement exact d'une séance de rééducation et sur les différentes méthodes. Il est vrai que dans la pratique lorsqu'on parle aux patientes de la rééducation périnéale, on insiste plutôt sur ses indications, ses intérêts mais pas sur le déroulement des séances. Certaines patientes multipares ont avoué avoir découvert qu'il y avait différentes méthodes lors de cette rééducation. Elles estiment en général qu'il pourrait être intéressant de connaître cette diversité de méthode pour pouvoir éventuellement changer lors d'une grossesse ultérieure. Cette information pourrait se faire lors des séances de préparation à la naissance, il n'est pas nécessaire de décrire en détail chaque méthode, mais juste de faire un résumé rapide des modalités principales de chacune d'entre elles. Par exemple, il faudrait déjà introduire la notion de méthodes se réalisant par le biais d'une sonde ou par le biais d'un toucher vaginal car certaines patientes ne se sentent pas à l'aise avec les sondes et inversement. Cette notion pourrait aussi être abordée lors de la visite post-natale puisqu'il semble évident que la sage-femme ou l'obstétricien réalisant la visite post-natale n'a pas le temps de décrire chaque méthode

Mais le fait de dire à la patiente qu'il existe différentes méthodes engagerait déjà sa réflexion et pourrait l'encourager à se renseigner davantage si elle le souhaite.

# 3. La prescription de la rééducation périnéale

## 3.1. La mise en évidence des facteurs de risque

La mise en évidence des facteurs de risque paraît importante pour cibler les patientes pour qui la rééducation périnéale semble absolument nécessaire. Même si la rééducation périnéale est prescrite à toute femme venant d'accoucher, il semble qu'il soit important d'insister davantage auprès de celles qui ont plus de risque de souffrir d'incontinence urinaire. Il est important de chercher la notion d'incontinence urinaire pendant la grossesse ou juste après l'accouchement ca plusieurs études ont démontré que ces deux facteurs constituaient un des principaux facteurs de l'incontinence urinaire permanente (réf. 14). Actuellement cette recherche est peu pratiquée en consultation, la question est posée aux patientes lors de la première séance de

rééducation mais cela implique que les patientes ne souhaitant pas faire de rééducation échappent au diagnostic d'incontinence pendant et après la grossesse et ne sont donc pas informés sur ces facteurs de risque. Nous en revenons donc à la consultation post-natale qui reste le moment le plus approprié pour aborder ces sujets.

## 3.2. Moment de la prescription

En ce qui concerne la rééducation périnéale du post-partum, l'ordonnance faite aux patientes est de dix séances. C'est au thérapeute qui prend en charge la patiente d'adapter le nombre de séances en fonction des troubles de la patiente et de ses progrès. Dans l'échantillon étudié parmi les 30% de patientes n'ayant pas effectuées les dix séances, le nombre de séances avait été adapté par le thérapeute dans 60% des cas. Nous pouvons nous demander si ces patientes n'avaient pas besoin de dix séances parce qu'elles ont vite réussi à maîtriser leur périnée ou parce qu'elles n'avaient aucun trouble mais qu'elles ont souhaité faire une rééducation suite à la prescription systématique.

La délivrance systématique d'une ordonnance peut être discutée. En effet, les recommandations de l'HAS ne conseillent pas la prescription systématique. Pourtant cela est fait dans de nombreuses Maternités.

Au vu des résultats de cette étude, on peut noter que même si la rééducation périnéale n'est pas indiquée pour toutes les patientes, elle aura cependant contribué dans 100% des cas, à une meilleure connaissance du périnée. La rééducation n'a donc pas été inutile pour ces patientes.

Par contre, le fait de donner les ordonnances à toutes les patientes ne met pas plus en évidence les patientes à risque que les autres patientes.

Nous pouvons donc voir que la prescription en systématique a ses avantages et ses inconvénients, et l'on revient à nouveau sur l'importance de la visite post-natale.

# 4. Les différentes modalités de la rééducation

## 4.1. Le type de méthode

Le type de méthode utilisée pour la rééducation est très variable selon les patientes. Dans 43% des cas de notre échantillon, plusieurs méthodes sont associées ce qui semblerait donner de meilleurs résultats selon les recommandations de l'HAS. Les différentes techniques n'ont pas la même efficacité selon les troubles présentés. Pour améliorer la force musculaire, la rééducation manuelle et la méthode connaissance et maîtrise du périnée semblent plus appropriées que l'électrostimulation. Le biofeedback semble avoir plus d'action sur les incontinences urinaires d'effort et l'électrostimulation sur les incontinences urinaires par impériosité. Aujourd'hui, on peut observer que les méthodes ne sont pas vraiment adaptée aux symptomatologies des patientes mais que chaque thérapeute a choisi la méthode qui lui convenait et dirige ses séances de rééducation avec toujours la même méthode. Cela peut s'expliquer par le coût de l'appareillage pour les techniques comme le biofeedback et l'électrostimulation. Un thérapeute qui a investit pour pouvoir proposer une méthode, a alors tendance à proposer uniquement cette méthode avec ses patientes. Pour d'autres méthodes comme connaissance et maîtrise du périnée ou la méthode Abdo-MG®, une formation complémentaire est nécessaire, par conséquent, tous les thérapeutes ne peuvent pas les proposer.

De plus certaines patientes peuvent ne pas se sentir à l'aise avec une méthode proposée et abandonner les séances pour cette raison. Il faudrait que les patientes puissent être informées sur les méthodes qui existent et si elles ne se sentent pas à l'aise avec une méthode qu'elles puissent avoir recours à une autre méthode.

## 4.2. Les apports de la rééducation

Le périnée est souvent mal connu des patientes, la plupart d'entre elles ont du mal à localiser cette partie de leur corps. C'est un rôle important de la rééducation de

faire prendre conscience aux patientes de l’existence de ce muscle et de son utilité dans la continence urinaire et anale. La totalité des patientes interrogées estiment avoir une meilleure connaissance de leur périnée grâce à la rééducation. Certaine patiente ont répondu qu’elles ne connaissaient pas leur périnée avant les séances de rééducation, qu’elles n’en avaient pas conscience, où même qu’elles avaient découverts des muscles dont elles n’imaginaient pas l’existence. La rééducation périnéale constitue donc tout d’abord une éducation périnéale puisqu’elle apprend aux patientes l’existence et l’utilité du périnée. Les patientes ayant fait leur rééducation apprécie en général le fait qu’elles maîtrisent mieux leur périnée (dans 68% des cas pour notre échantillon) et notent une amélioration des éventuels troubles (dans 60% des cas de notre échantillon).

Le nombre important de patientes qui ont bénéficié de séances de rééducation périnéale lors de la ou des grossesses précédentes et qui en ont à nouveau bénéficié, prouve que la rééducation leur apporte quelque chose puisqu’elles éprouvent le besoin de recommencer à chaque grossesse.

### 4.3. Après les séances

La réalisation de séances de rééducation périnéale doit être couplée à un travail personnel de la patiente entre chaque séance pour une meilleure efficacité. Et lorsque la totalité des séances est faite, certains exercices devraient être continués par la patiente. On conseille à la patiente d’essayer de verrouiller son périnée à chaque fois qu’elle réalise un effort (port de charge, éternuement, toux…), et de réaliser régulièrement des séries de contractions périnéales. De nombreuses sages-femmes conseillent aux patientes d’associer la réalisation de ces exercices à une situation de la vie quotidienne (lors du brossage de dents, dans la voiture aux feux rouges…). Il faut entretenir les effets du renforcement périnéal pour que la rééducation du post-partum continue d’être utile. Dans l’échantillon interrogé 64% des patientes continuent les exercices appris mais ce taux peut s’expliquer par le court délai entre la fin de la rééducation et le questionnaire, il serait intéressant de reposer cette question à un an de la fin de la rééducation et plus tard. Parmi les patientes qui ne continuent pas les exercices, c’est pour la grande majorité (92%) parce que ce n’est

pas devenu un automatisme et qu’elles n’y pensent pas. Il est donc important lors des séances de rééducation d’introduire la notion de verrouillage périnéal lors d’un effort et d’expliquer aux patientes que l’apprentissage de cet automatisme est long.

## 5. La fiche d’informations

Il pourrait être intéressant de compléter la fiche d’information donnée aux patientes en secteur mère-enfant. Ceci nécessiterait la composition d’un groupe de travail comportant les sages-femmes de rééducation, celles de secteur mère-enfant et les sages-femmes et obstétriciens qui suivent les patientes en consultations. Un exemple est donné de façon indicative dans ce mémoire à la page suivante.

Qu’est-ce que le périnée ?

Le périnée est constitué des muscles qui soutiennent les organes du petit bassin ( vessie, utérus, rectum). Ces muscles ont un rôle primordial dans la continence urinaire et anale.

Pourquoi le rééduquer ?

Lors de la grossesse et de l’accouchement les muscles du périnée sont très sollicités, et ils peuvent subir des traumatismes qui fragilisent les mécanismes de continence. La rééducation périnéale permet de prévenir un prolapsus ( « descente d’organes » ), de prévenir l’incontinence urinaire. Elle permet également de traiter l’incontinence urinaire et anale.

Qu’est-ce que la rééducation périnéale ?

La rééducation périnéale comporte la prise de conscience de son périnée et les moyens de le retonifier. Plusieurs méthodes existent, les deux principales sont :

- Les méthodes manuelles : par la prise de conscience de la contraction périnéale grâce à un toucher vaginal, ou par une méthode appelée « connaissance et maîtrise du périnée » s’effectuant par l’intermédiaire d’un toucher vaginal et utilisant des images mentales pour contracter les différents muscles du périnée.
- Les méthodes avec une sonde : cette sonde insérée au niveau vaginal reliée à un ordinateur permet la prise de conscience de sa contraction par l’intermédiaire de courbes sur l’écran, une autre méthode appelée électrostimulation induit une contraction du périnée.

Elle s’effectue en séances de 30 minutes en moyenne avec une sage-femme ou un kinésithérapeute. Dix séances vous sont prescrites, le thérapeute ajustera le nombre de séances en fonction de vos besoins. Le rythme conseillé est de deux à trois séances par semaine.

Quand faire la rééducation périnéale ?

Il est conseillé de commencer la rééducation six à huit semaines après votre accouchement. Si des troubles importants apparaissent avant, il faut en parler à votre médecin ou votre sage-femme.

Il faut dans tous les cas effectuer cette rééducation avant la rééducation abdominale.

# *Conclusion*

La rééducation périnéale du post-partum semble importante pour les patientes atteintes d'incontinence urinaire ou anale, mais aussi pour les patientes présentant des troubles de la fonction sexuelle après leur accouchement. Elle est conseillée aux patientes ayant des facteurs de risque même en l'absence de troubles afin de retonifier leur périnée et essayer d'éviter les troubles à long terme. Pour les autres patientes, elle peut être suivie à titre préventif même si cette action n'a pas été prouvée dans la littérature. Elle permet à chaque patiente de prendre conscience de son périnée et d'y attacher de l'importance.

Parmi les patientes interrogées pour l'enquête de ce mémoire, 72% ont suivi des séances de rééducation périnéale. Dans la littérature, nous ne retrouvons pas d'études françaises portant un intérêt spécifique à ce sujet. Il serait pourtant intéressant de connaître un chiffre général pour savoir si des améliorations peuvent être faites sur ce sujet.

Le problème principal de la non-observance de la prescription est le manque d'informations des patientes. C'est un problème auquel nous pouvons remédier. En effet, on peut remarquer que le niveau d'information sur la rééducation périnéale est très variable suivant les patientes et les professionnels qu'elles rencontrent lors de leur grossesse, leur accouchement et en post-partum. Il paraît important que toutes les jeunes mamans soient sensibilisées à la notion de rééducation périnéale par des praticiens qui prennent le temps nécessaire et trouve le moment opportun pour apporter des informations claires et pertinentes sur le sujet.

Les troubles uro-gynécologiques restent des sujets difficiles à aborder pour les patientes, nous devons donc aller au-devant des freins existants par le biais d'informations complètes, et par la mise en place d'une écoute attentive des patientes, et en les incitant à pratiquer la rééducation périnéale dans la période du post-partum.

# TABLE DES MATIERES

**Remerciements……………………………………………………………….. 2**

**Sommaire……………………………………………………………….... 3**

**Préface…………………………………………………………………... 4**

**Introduction…………………………………………………………….. 5**

**Partie 1 : L'anatomie du périnée et la rééducation périnéale ................ 7**

**1. Anatomie du périnée………………………………………………….. 8**

**1.1. Anatomie générale……………………………………………... 8**

**1.2. Anatomie du périnée pendant la grossesse…………………….. 11**

**2. Conséquences de l'accouchement sur la statique pelvienne………. 12**

**3. L'incontinence urinaire et anale……………………………………. 15**

**3.1. L'incontinence urinaire d'effort……………………………….. 15**

**3.2. L'incontinence urinaire par impériosité mictionnelle………... 16**

**3.3. Le prolapsus…………………………………………………….. 16**

**3.4. Pollakiurie……………………………………………………..... 17**

**3.5. L'incontinence anale………………………………………….... 18**

**4. Les facteurs de risque de l'incontinence urinaire et anale……….. 18**

**4.1. La parité……………………………………………………….... 18**

**4.2. La macrosomie fœtale………………………………………….. 18**

**4.3. La présentation………………………………………………… 19**

**4.4. Durée de la deuxième phase de travail……………………….. 19**

**4.5. Les extractions instrumentales……………………………….... 19**

**4.6. Accouchement par voie basse…………………………………. 19**

**4.7. L'épisiotomie…………………………………………………..... 20**

**4.8. Les déchirures de troisième et quatrième degré………………20**

**4.9. L'incontinence urinaire pendant la grossesse…………………20**

**4.10.La prise de poids pendant la grossesse………………………20**

**4.11.L'expression abdominale……………………………………...21**

**4.12.Faire pousser la patiente sur une vessie pleine……………..21**

**5. La rééducation périnéale…………………………………………21**

**5.1. La rééducation périnéale du post-partum…………………..21**

**5.2. Les méthodes de rééducation périnéale……………………...22**

**5.2.1. La rééducation manuelle………………………………….24**

**5.2.2. Le verrouillage périnéal…………………………………..24**

**5.2.3. Connaissance et maîtrise du périnée…………………….25**

**5.2.4. Le biofeedback……………………………………………25**

**5.2.5. L'électrostimulation………………………………………25**

**5.2.6. Le traitement comportemental…………………………..26**

**5.2.7. Les cônes vaginaux……………………………………….26**

**5.2.8. Le périnéomax……………………………………………27**

**5.2.9. La méthode Abdo-MG® et Uro-MG®…………………27**

**5.2.10. L'éducation périnéale anténatale……………………...28**

**Partie 2 : Description de l'étude et résultats ……………………….29**

**1. Méthodologie de l'étude……………………………………..30**

**1.1. Objectifs……………………………………………………30**

**1.2. Type d'étude………………………………………………….30**

**1.3. Population étudiée……………………………………………30**

**1.4. Echantillon…………………………………………………....30**

**1.5. Méthodes…………………………………………………...31**

**1.6. Les points positifs…………………………………………….31**

**1.7. Les points négatifs……………………………………………31**

**2. Analyse de l'étude : premier questionnaire……………………..32**

**2.1. Informations générales………………………………………32**

**2.2. Antécédents et grossesse……………………………………..33**

**2.2.1.Parité…………………………………………………….33**

**2.2.2.Rééducation périnéale antérieure……………………33**

**2.2.3. Incontinence urinaire……………………………….35**

**2.2.4. Prise de poids pendant la grossesse………………...35**

**2.2.5. Préparation à la naissance………………………….36**

**2.3. L'accouchement…………………………………………….36**

**2.3.1. Terme de l'accouchement…………………………..36**

**2.3.2. Mode d'accouchement……………………………...37**

**2.3.3. Sondage urinaire évacuateur avant l'accouchement………………………………………37**

**2.3.4. Lésions du périnée…………………………………..38**

**2.3.5. Expression abdominale pendant l'accouchement…38**

**2.3.6. Poids du nouveau-né à la naissance………………...38**

**2.4. Notions sur la rééducation périnéale………………………38**

**3. Analyse de l'étude : deuxième questionnaire………………….39**

**3.1. Incontinence urinaire dans le post-partum………………..39**

**3.2. Dyspareunies………………………………………………..40**

**3.3. La rééducation périnéale…………………………………..41**

**3.3.1. Concernant les patientes ayant suivi la rééducation périnéale……………………………….42**

**3.3.2. Concernant les patientes qui n'ont pas suivi la rééducation périnéale…………………44**

**3.4. La visite post-natale………………………………………...44**

**3.5. Renseignements sur la rééducation périnéale…………….45**

**Partie 3 : Analyse des résultats ……………………………………46**

**1. Les patientes qui n'ont pas fait la rééducation ………………47**

**2. L'informations sur la rééducation périnéale………………….47**

**2.1. En pré-partum et en post-partum immédiat………………47**

**2.2. La visite post-natale………………………………………..49**

**2.3. Ressenti des patientes vis-à-vis des informations sur la rééducation……………………….50**

**3. La prescription de la rééducation périnéale…………………..51**

**3.1. La mise en évidence des facteurs de risque………………51**

**3.2. Moment de la prescription………………………………...52**

**4. Les différentes modalités de la rééducation………………….53**

**4.1. Le type de méthode………………………………………..53**

**4.2. Les apports de la rééducation…………………………….53**

**4.3. Après les séances……………………………………………..54**

**5. La fiche d'informations……………………………………….55**

**Conclusion……………………………………………………………..57**

**Table des matières…………………………………………………….58**

**Bibliographie …………………………………………………………62**

**Annexes………………………………………………………………..64**

# BIBLIOGRAPHIE

## Livres :


- *Rééducation périnéale féminine mode d'emploi*, Sandrine Galliac Alanbari, éditions Santé Robert Jauze, 2008
- *Actualités en urodynamique : l'incontinence urinaire féminine,* Société internationale francophone d'urodynamique, éditions Elsevier, 1998
- *Actualités en urodynamique : l'insuffisance sphinctérienne de la femme,* Société internationale francophone d'urodynamique, éditions Elsevier, 2000
- *Le plancher pelvien : explorations fonctionnelles et réadaptation*, A. Bourcier, éditions Vigot, 1989
- *Dysfonctionnements du plancher pelvien tome 1 :physiopathologie et investigations,* A. Bourcier, E. McGuire, P. Abrams, éditions Elsevier,2005
- *Dysfonctionnements du plancher pelvien tome 2 : traitements et prise en charge,* A. Bourcier, E. McGuire, P. Abrams, éditions Elsevier,2005
- *Périnée et maternité : anatomie, prévention, rééducation,* collection « grands sujets », « les dossiers de l'obstétrique », éditions E.L.P.E.A, 1999
- *Urodynamique et réadaptation en urogynécologie,* A. Bourcier, J. Juras, éditions Vigot, 1986
- *Incontinences urinaire et fécale, approche multidisciplinaire,* éditions scientifiques L&C, 2001
- *Les incontinences post-obstétricales, retentissement urianire et anal,* éditions scientifiques L&C, 2003


## Documents :


- *Recommandations pour la pratique clinique, Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques*, HAS, février 2000
- *Recommandations pour la pratique clinique, Rééducation dans le cadre du post-partum*, HAS, décembre 2002
- *Recommandations professionnelles : l'expression abdominale durant la deuxième phase de l'accouchement,* HAS, janvier 2007


## Sites internet :


- www.doctissimo.fr , rubrique grossesse
- www.lesjta.com , rubrique périnéologie
- http://hal.archives-ouvertes.fr
- www.sifud-pp.org

## Articles :


1. Sultan, Kamm, Hudson, Thomas, Bartram, *Anal sphincter disruption during vaginal delivery*, The New England journal of medicine, 1993

2. Chaliha, Sultan, Bland, Monga, Stanton, *Anal function: effect of pregnancy and delivery*, American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2001

3. De Leeuw, Vierhout, Struijk, Hop, Wallenburg, *Anal sphincter damage after vaginal delivery: functional outcome and risk factors for fecal incontinence,* Acta Obstetricia and Gynecologica, Scandinavica, 2001

4. Handa, Danielsen, Gilbert, *Obstetric anal sphincter lacerations,* Obstet Gynecol, 2001

5.Dolan LM, Hosker GL, Mallett VT, Allen RE, Smith ARB. *Stress incontinence and pelvic floor neurophysiology 15 years after the first delivery*, BJOG, 2003

6. Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Nielsen J, *Postpartum urinary incontinence*, Acta Obstet Gynecol Scand, 2003

7. Luc Guillarme, *Rééducation thoraco-abdomino-pelvienne par le concept ABDO-MG*®, éditions Frison-Roche, octobre 2004

8. Viktrup L, Lose G, Rolff M, Barfoed K. *The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas, Obstet Gynecol*, 1992

9. Viktrup L, Lose G, Rolff M, Barfoed K, *The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primipara*, Obstet Gynecol, 1992

10. Mørkved S, Bø K, Schei B, Salvesen KA, *Pelvic Floor Muscle Training During Pregnancy to Prevent Urinary Incontinence: A Single-Blind Randomized Controlled Trial*, Obstet Gynecol, 2003

11. Stanton and coll., *antenatal prediction of post-partum urinary and fecal incontinence*, obstet gynecol 1999

12 Brubaker L, Handa VL, Bradley CS, Connolly AM, Moalli P, Brown MB, Weber A, *Sexual Function 6 Months After First Delivery*, Obstet Gynecol, 2008

13 Berthet J, Pache P, Racinet C., *Evaluation du confort périnéal en suites de couches chez les primipares*, Gynecol Obstet Biol Reprod 1985

14.Wilson PD, Herbison P, Glazener C, McGee M, MacArthur C, *Obstetric practice and urinary incontinence 5–7 years after delivery*, Neurourol Urodyn, 2002

# ANNEXES

### Article R.4127-318 du Code de la santé publique
### (ancien article 18 du Code de déontologie)

« Pour l'application des dispositions de l'article L.4151-1 du code de la santé publique, la sage-femme est autorisée à pratiquer notamment :

**1.** L'échographie dans le cadre de la surveillance de la grossesse ;

**2.** La surveillance électronique, pendant la grossesse et au cours du travail, de l'état du foetus in utero et de la contraction utérine ;

**3.** Le prélèvement du sang foetal par scarification cutanée et la mesure du PH du sang foetal ;

**4.** La surveillance des dispositifs intra-utérins ;

**5.** La rééducation périnéo-sphinctérienne d'une incontinence liée aux conséquences directes de l'accouchement ;

**6.** L'anesthésie locale au cours de la pratique de l'accouchement.
En présence d'un médecin responsable pouvant intervenir à tout moment, la sage-femme peut participer à la technique d'anesthésie loco-régionale pratiquée lors de l'accouchement, à l'exclusion de la période d'expulsion, à condition que la première injection soit effectuée par un médecin, la sage-femme ne pouvant pratiquer les injections suivantes que par la voie du dispositif mis en place par le médecin.

# La rééducation périnéale dans le post-partum :

Madame,
Je me présente Claire Vivenot, actuellement étudiante à l'école de sages-femmes de Nancy en 3ème année, mon mémoire de fin d'études porte sur la rééducation périnéale dans le post-partum et plus particulièrement sur son observance. Pour conduire une étude sur ce sujet, je souhaiterais solliciter votre participation et vous inclure dans ma population échantillon. Votre participation consistera à répondre à un questionnaire avec mon aide en secteur mère-enfant que je viens vous présenter. Puis dans environ 3à 4 mois je vous recontacterai par téléphone pour vous poser d'autres questions sur mon sujet. Les données vous concernant seront informatisées de façon totalement anonyme et ne permettront en aucune manière de retrouver l'identité des participantes. Vous êtes libre de cesser à tout moment de participer à l'étude.

Je soussigné Mme………………………………. accepte de participer à l'étude sur la rééducation périnéale dans la période du post-partum et accepte d'être recontacter par téléphone dans 3 à 4 mois pour répondre à un deuxième questionnaire.

Merci de m'indiquer :
Le numéro de téléphone où je peux vous joindre :
Les horaires où il est possible de vous appeler :

Le :
Signature :

# La rééducation périnéale dans le post-partum : questionnaire :

Numéro d'observation :

- Informations générales :

Age : 1 : inférieur à 20 ans
2 : entre 20 et 30 ans
3 : supérieur à 30 ans

Situation de famille :
1 : célibataire
2 : vit en couple
3 : marié

Catégorie socioprofessionnelle :
1 : agriculteurs
2 : artisans/commerçants
3 : cadres/ profession intellectuelles supérieures
4 : professions intermédiaires de l'enseignement/de la santé/de la fonction publique et assimilés
5 : professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
6 : employés
7 : ouvriers
8 : sans emploi

- Antécédents :

Parité :
1 : primipare
2 : deuxième pare
3 : troisième pare et plus

Si multipare : rééducation périnéale antérieure :
1 : oui
2 : non

Si oui : méthode :
1 : rééducation manuelle
2 : bio-feedback
3 : électro-stimulation
4 : connaissance et maitrise du périnée
5 : autres

Incontinence urinaire en dehors de la grossesse :
1 : oui
2 : non

Si oui :
- 1 : incontinence urinaire d’effort
- 2 : incontinence urinaire par impériosité

- La grossesse :

Prise de poids lors de la grossesse :
- 1 : ≤ 10 kg
- 2 : entre 10 et 15 kg
- 3 : ≥ 15 kg

Fuite urinaire pendant la grossesse :
- 1 : oui
- 2 : non

Si oui :
- 1 : fuite à l’effort
- 2 : fuite par impériosité

Préparation à la naissance :
- 1 : oui
- 2 : non

- L’ accouchement :

Terme de l’accouchement :
- 1 : avant 37 SA
- 2 : après 37 SA

Mode d’accouchement :
- 1 : voie basse
- 2 : voie basse avec aide à l’expulsion
- 3 : césarienne programmée
- 4 : césarienne en urgence

Sondage urinaire évacuateur avant l’accouchement :
- 1 : oui
- 2 : non

Lésions du périnée :
- 1 : non
- 2 : déchirure simple
- 3 : déchirure complète
- 4 : épisiotomie

Poids du bébé :
- 1 :   3,7 kg
- 2 : ≥ 3,7 kg

Expression abdominale pendant l’accouchement :
- 1 : oui
- 2 : non

Notions sur la rééducation périnéale :
1 : ne sait pas ce que c'est
2 : en a déjà entendu parler mais ne sait pas expliquer son intérêt
3 : connaît l'intérêt
Projet de suivre les séances de rééducation qui vont être prescrites :
1 : oui
2 : non

# La rééducation périnéale dans le post-partum : questionnaire numéro 2:

Numéro d'inclusion :

A /Après votre accouchement avez-vous eu des problèmes d'incontinence ?
1 : oui
2 : non
Si oui quel type d'incontinence ?
1 : incontinence urinaire d'effort
2 : incontinence urinaire par impériosité
3 : incontinence aux gaz
4 : incontinence anale

B / Après votre accouchement avez-vous eu des difficultés lors des rapports sexuels ?
1 : oui
2 : non
Si oui, de quel type ?
1 : Douleur
2 : Absence de plaisir

C/ Avez-vous fait votre rééducation périnéale :
1 : oui
2 : non
D / Si oui :

- Combien de séances avez-vous faites :
  1 : la totalité (soit 10 séances)
  2 : 5 ou plus de 5 séances
  3 : moins de 5 séances
- Si vous n'avez pas fait les 10 séances, pourquoi ?
  1 : la sage-femme ou le kinésithérapeute a estimé que vous n'aviez pas besoin des 10 séances
  2 : vous avez abandonné les séances en cours de route
- Si vous avez abandonné, pourquoi ?
  1 : vous n'aviez plus le temps d'aller aux séances
  2 : vous n'aimiez pas aller aux séances
  3 : vous ne voyiez pas l'intérêt de cette rééducation
  4 : vous pensiez avoir tout compris après les premières séances
- Pensez-vous mieux connaître votre périnée grâce à cette rééducation ?
  1 : oui
  2 : non
- Avec qui avez-vous fait votre rééducation ?
  1 : une sage-femme
  2 : un kinésithérapeute
- Quelle est la méthode principale que vous avez pratiquée?
  1 : rééducation manuelle
  2 : bio-feeedback

3 : éléctro-stimulation
4 : connaissance et maîtrise du périnée
5 : autres

- Avez-vous ressenti un changement grâce à cette rééducation ?
  1 : oui
  2 : non
- Si oui, lequel :
  1 : une meilleure maîtrise de votre périnée
  2 : une amélioration d'éventuels troubles
- Faites vous régulièrement encore les exercices appris lors de cette rééducation ?
  1 : oui
  2 : non
- Si non, pourquoi ?
  1 : ce n'est pas devenu automatique
  2 : vous ne voyez pas l'intérêt
  3 : vous n'avez pas envie
- Allaitiez-vous encore lors de votre rééducation périnéale ?
  1 : oui
  2 : non

E / Si non, pourquoi ?
1 : reprise du travail
2 : manque de temps dû à l'arrivée du bébé
3 : sensation de ne pas en avoir besoin
4 : vous comptez la faire plus tard

F/ Avez-vous fait votre visite post-natale ?
1 : oui
2 : non

Si oui, lors de cette visite, vous a-t-on parlé de la rééducation ?
1 : oui
2 : non

Vous a-t-on lors du toucher vaginal demander d'effectuer une contraction du périnée ?
1 : oui
2 : non

G / Qui vous a parlé de la rééducation périnéale pendant et après votre grossesse ?
1 : la sage-femme ou le médecin qui vous suivait
2 : la sage-femme de salle de naissance
3 : la sage-femme de secteur mère-enfant
4 : la sage-femme de préparation à la naissance
5 : des connaissances

H / Estimez-vous a posteriori avoir été suffisamment informé sur la rééducation périnéale ?
1 : oui
2 : non

I / Selon vous, que vous a-t-il manqué ?
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………




**MATERNITÉ RÉGIONALE UNIVERSITAIRE**

**Pôle de Gynécologie-Obstétrique et Reproduction**
Filière de Gynécologie
**Secteur d'Urodynamique et Rééducation Périnéale**
Téléphone : 03 83 34 43 90

*Responsable de filière :*
*Dr A. KOEBELE*

# TROIS QUESTIONS À PROPOS DE LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE

La rééducation périnéale comporte la prise de conscience de son périnée et les moyens de le retonifier.

## POURQUOI?

Pour prévenir du prolapsus (appellé «descente d'organes») en particulier au décours d'un accouchement.
Pour prévenir l'incontinence urinaire ou traiter une incontinence urinaire d'effort modérée.

## COMMENT?

En tonifiant par une rééducation appropriée les muscles du périnée : ce sont les muscles de l'anus et du vagin qui soutiennent les organes : vessie - utérus - rectum.

## QUAND?

A débuter rapidement après l'accouchement si des troubles se manifestent (fuites urinaires ou difficultés à retenir les gaz). Signalez-les à la sage-femme ou au médecin.
A débuter deux mois après l'accouchement s'il n'y a pas de problèmes et cela à titre préventif.
A faire à toutes les périodes de sa vie s'il existe une incontinence urinaire modérée, un début de descente d'organes.

Dans tous les cas, la rééducation périnéale doit être effectuée avant d'entreprendre les exercices abdominaux.

Maternité Régionale A. PINARD
10, rue du Docteur Heydenreich - CS 74213 - 54042 NANCY CEDEX (France)
Téléphone : 03 83 34 44 44

**VIVENOT Claire**

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Décembre 2009

Université Henry Poincaré Nancy I

**Expert :** Mme Perrin Fabienne

**Directrice de mémoire :** Mme Nadjafizadeh Mardjane

**Titre**

La rééducation périnéale du post-partum : observance de la prescription

**Résumé**

Le périnée est constitué d'un ensemble de muscles soutenant les organes du petit bassin (anus, utérus, vessie). Il est très sollicité lors de la grossesse et de l'accouchement. Une faiblesse du périnée peut être la cause d'une incontinence urinaire ou anale. La rééducation périnéale est une prise de conscience du périnée et permet de le retonifier.

L'étude de ce mémoire permet d'avoir une idée sur l'observance de la prescription de la rééducation périnéale et d'évaluer le niveau d'information des patientes sur ce sujet.

Il semble que les patientes se considèrent assez informées. Les informations qui manquent le plus souvent concernent surtout l'existence de différentes méthodes.

**Mots-clés :** rééducation périnéale, post-partum, incontinence urinaire, consultation post-natale

**Summary**

Perineum is a group of muscles which keep up pelvic floor organs (anus, womb, and bladder). During pregnancy and delivery, it's very much in demand. A weakness of perineum can induce a urinary or fecal incontinence. Perineum reeducation is a perineum realization and it is used to tone it up again.

This memo research gives an idea of observance of the perineum reeducation prescription and of how muchthe patients are aware about this subject.

It seems that patients are enough informed. Informations which miss the most are those concerning the different methods used during the perineum reeducation.

**Key words:** perineum reeducation, post-partum, urinary incontinence, post-natal consultation